



**CREENCIAS Y PRÁCTICAS DE ALIMENTACIÓN DE LOS CUIDADORES DE
NIÑOS Y NIÑAS, HACIA LAS INTERVENCIONES PROPORCIONADAS POR EL
PROGRAMA DE RECUPERACIÓN NUTRICIONAL CON ENFOQUE
COMUNITARIO RNEC LA BOQUILLA – CARTAGENA, 2016**

CINDY MILENA PADILLA PÉREZ

**UNIVERSIDAD DEL NORTE
MAESTRÍA EN SALUD PÚBLICA
BARRANQUILLA D. E. I. y P.
2017**

**“CREENCIAS Y PRÁCTICAS DE ALIMENTACIÓN DE LOS CUIDADORES DE
NIÑOS Y NIÑAS, HACIA LAS INTERVENCIONES PROPORCIONADAS POR EL
PROGRAMA DE RECUPERACIÓN NUTRICIONAL CON ENFOQUE
COMUNITARIO RNEC LA BOQUILLA – CARTAGENA, 2016**

CINDY MILENA PADILLA PÉREZ
Candidata a Magister en Salud Pública

**Tesis de grado para optar el título de
Magister en Salud Pública**

TANIA ACOSTA
KAREN FLOREZ
Asesoras

DR. RAFAEL TUESCA MOLINA
Director

UNIVERSIDAD DEL NORTE
MAESTRÍA EN SALUD PÚBLICA
BARRANQUILLA D. E. I. y P.
2017

Nota de Aceptación

Firma del presidente del jurado

Firma del jurado

Firma de jurado

Barranquilla D. E. I. y P, 01 Diciembre de 2017

AGRADECIMIENTO

A mis docentes y asesoras del proyecto, por su colaboración a mi proceso de formación de manera ejemplar. A mis padres porque me han enseñado a enfrentar las adversidades, asumir retos sin perder nunca la dignidad, ni el amor a los demás. A mis hermanos por su apoyo incondicional.

A mi hijo es mi motor, mi vida gira alrededor de él... Su afecto y cariño son los detonantes de mi felicidad, de mi esfuerzo, de mis ganas de buscar lo mejor para él. Aún a su corta edad, me ha enseñado y me sigue enseñando muchas cosas de esta vida. Gracias hijo por ayudarme a encontrar el lado dulce y no amargo de la vida. Haz sido mi mayor motivación para concluir con éxito este proceso de formación como magister.

Gracias a ti... Miguel Ángel.

CONTENIDO

RESUMEN.....	11
ABSTRACT.....	13
INTRODUCCIÓN.....	14
JUSTIFICACIÓN.....	15
PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	20
ANTECEDENTES.....	22
1. ESTADO DEL ARTE	25
1.1 Creencias y prácticas de alimentación.....	26
1.2 Factores determinantes de las creencias y prácticas de alimentación.....	25
1.2.1 Factores culturales.....	26
1.2.2 Factores sociales.....	26
1.2.3 Factores religiosos.....	27
1.2.4 Factores educacionales.....	28
1.3 Percepción del programa de recuperación alimentaria	28
1.3.1 Perspectiva socio-demográficas de la familia.....	29
1.3.2 Perspectiva inocuidad de los alimentos.....	29
1.3.3 Perspectiva salud en el hogar.....	29
1.3.4 Perspectiva vivienda saludable.....	30
1.3.5 Perspectiva de las condiciones de salud y seguridad alimentaria familiar....	31
1.4 Generalidades del programa recuperación nutricional con enfoque comunitario.....	31
1.4.1 Población objeto de atención.....	31
1.4.2 Priorización.....	31
1.4.3 Característica del servicio.....	31
1.4.4 Componentes para la prestación del servicio	32
1.4.4.1 Ambientes adecuados y seguros	33
1.4.4.2 Talento humano	33
1.4.4.3 Sistema de gestión.....	33
1.4.4.4 Enfoque diferencial	33
1.4.4.5 Sistema de Información	34
1.4.4.6 Participación y corresponsabilidad.....	34
1.5 Actividades de intervención para el fortalecimiento alimentario en la modalidad RNEC	34
1.5.1 Manipulación de alimentos	34
1.5.2 Almacenamiento de los alimentos	34
1.5.3 Control de calidad.....	35

1.5.4 Manejo de la bodega	36
1.6 Factores que favorecen la lactancia materna	3636
1.7 La alimentación complementaria: Alimentación balanceada en el hogar y aprovechamiento de los Alimentos de la Ración para Preparar (RPP)	37
1.8 Estrategia vivienda saludable	38
1.8.1 Almacenamiento y conservación de los alimentos en la vivienda.....	38
1.8.2 Higiene en la vivienda.....	38
1.8.3 Higiene en la preparación de los alimentos.....	38
2. OBJETIVOS.....	39
2.1 Objetivo General	39
2.2 Objetivos Específicos	39
3. MATERIALES Y MÉTODOS.....	40
3.1 Tipo de estudio.....	40
3.2 Población y muestra.....	40
3.3 Criterios investigativos	40
3.3.1 Criterio de inclusión	40
3.3.2 Criterios de exclusión.....	40
3.4 Instrumento	41
3.5 Variables de estudio	41
3.5.1 Macrovariables	41
3.5.2 Variables independientes.....	41
3.5.3 Variables dependientes relacionadas	42
3.6 Factores determinantes con respecto a las creencias y prácticas de alimentación de los cuidadores en las intervenciones proporcionadas por el programa RNEC.....	42
3.6.1 Lactancia continua.....	42
3.6.2 Inocuidad de alimentos.....	43
3.6.3 Proyectos productivos.....	43
3.7 Fuentes de información	43
3.8 Procedimientos de recolección.....	44
3.9 Tratamiento de datos y procesamiento de la información	44
3.10 Estrategia de análisis	45
4. ASPECTOS ÉTICOS	46
5. RESULTADOS Y ANÁLISIS DE RESULTADOS.....	47
5.1 Análisis univariado descriptivo	47
5.1.1 Cuidadores	47
5.1.2 Niños.....	48
5.1.3 Meses de ingesta materna.....	50
5.1.4 Edad de inicio de alimentación complementaria.....	51

5.2 Análisis bivariado	52
5.2.1 <i>Primer embarazo y meses de lactancia</i>	54
5.2.2 <i>Sexo del niño y meses de lactancia materna</i>	56
5.3 Prácticas alimentarias	55
5.3.1 <i>Tipo de vivienda</i>	56
5.3.2 <i>Hogares con huerta</i>	56
5.3.3 <i>Número de comidas al día</i>	57
5.3.4 <i>Tipo de alimento consumido por familias</i>	57
5.3.5 <i>Tipo de alimentos según el número de comidas en el grupo familiar</i>	58
5.3.6 <i>Alimentación en los niños</i>	59
5.3.7 <i>Alimentación de niños según grupo de edad</i>	60
6. DISCUSIÓN	61
CONCLUSIONES	64
REFERENTES BIBLIOGRÁFICOS	67
ANEXOS	75

LISTA DE TABLAS

Tabla 1. Características de la madre cuidadora.....	48
Tabla 2. Estadísticos descriptivos para edad de cuidadores	50
Tabla 3. Población estudiada según Meses de ingesta de lactancia materna	50
Tabla 4. Edad inicio de alimentación complementaria	51
Tabla 5. Edad en meses del niño y Meses de ingesta lactancia materna.....	53
Tabla 6. Edad del cuidador y edad de inicio de alimentación complementaria	53
Tabla 7. Primer embarazo y meses de ingesta de lactancia materna.....	54
Tabla 8. Sexo del niño y meses de ingesta de lactancia materna	55
Tabla 9. Población estudiada según dedicación tiempo al cultivo de huerta común	56
Tabla 10. Dedicación de tiempo al cultivo de huerta común y Tipo vivienda	57
Tabla 11. Población estudiada según número de comidas al día	57
Tabla 12. Frecuencia de comidas a niños	58
Tabla 13. Número de comidas consumidas y tipo de alimentos.....	59
Tabla 14. Frecuencia de Introduccion de liquidos a niños	59
Tabla 19. Edad en meses del niño y tipo de alimentos que ingesta	60

LISTA DE FIGURAS

Figura 1. Fuentes de información	43
Figura 2. Variables socio-demográficas y creencias	47
Figura 3. Sexo de los cuidadores o responsables	48
Figura 4. Edad de cuidadores responsables	49
Figura 5. Meses de ingesta de lactancia materna	50
Figura 6. Distribución de los meses de ingesta de lactancia materna	51
Figura 7. Edad inicio de alimentación complementaria	52
Figura 8. Tipo de vivienda del cuidador	55

LISTA DE ANEXOS

Anexo A. Prácticas alimentarias: Lactancia continuada.....	75
Anexo B. Creencias y prácticas alimentarias: Inocuidad de alimentos	77
Anexo C. Creencias y prácticas alimentarias: Higiene personal	78
Anexo D. Creencias y prácticas alimentarias: Agua y saneamiento	79
Anexo E. Proyectos productivos. Huertas comunitarias	80
Anexo F. Formulario de consentimiento informado y confidencialidad	81
Anexo G. Instrumento	84
Anexo H. Operacionalización de variables	96
Anexo I. Glosario	122

RESUMEN

CREENCIAS Y PRÁCTICAS DE ALIMENTACIÓN DE LOS CUIDADORES DE NIÑOS Y NIÑAS, HACIA LAS INTERVENCIONES PROPORCIONADAS POR EL PROGRAMA DE RECUPERACIÓN NUTRICIONAL CON ENFOQUE COMUNITARIO RNEC LA BOQUILLA – CARTAGENA, 2016

Antecedentes. Las creencias y las prácticas inciden en la alimentación y éstas en los estados de nutrición y por ende en las situaciones nutricionales deficientes, los altos índices de malnutrición y la negligencia alimentaria, siendo éstas las condiciones sobre las que se debe actuar para mejorar, haciendo énfasis en los programas de complementación nutricional y mejoramiento de hábitos alimentarios para las poblaciones en situación vulnerabilidad y riesgo social como son los niños y niñas menores de 5 años. Actualmente se está realizando una evaluación del estado nutrición en la población colombiana, pero todavía no se han publicado resultados. La información más reciente con representatividad nacional se obtiene de la Encuesta Nacional de la Situación Nutricional en Colombia (ENSIN) 2010 y de la Encuesta Nacional de Demografía y Salud (ENDS) 2015, los cuales permiten reflexionar acerca de las creencias y prácticas de alimentación de los familiares y/o cuidadores de niños y niñas menores de cinco años en la última década, dejando entrever además, los factores predominantes en cuanto a los componentes esenciales e incluyentes en lo referente a nutrición. **Objetivo.** Determinar las creencias y prácticas de los cuidadores de niños y niñas hacia las intervenciones proporcionadas por el RNEC La Boquilla-Cartagena, 2016. **Metodología.** La presente investigación se desarrolló bajo parámetros descriptivos, a partir del levantamiento de información correspondiente a cuidadores que participan en el RNEC en La Boquilla-Cartagena. Este diseño combinó diversas fuentes y técnicas de investigación de tipo cuantitativo, que permitieron caracterizar aspectos sociodemográficos de las familias, así como sus creencias y prácticas alimentarias. La población la conforman 55 cuidadores, la muestra fue del 100% de la población que cumplieron los criterios de inclusión y exclusión. Se utilizó la técnica de la entrevista estructurada utilizando un cuestionario con preguntas cerradas. Como instrumento de recolección se utilizó el cuestionario del modelo CAP; se realizó un análisis univariado y bivariado de las variables de estudio sociodemográficas, prácticas alimentarias y creencias, los resultados se analizaron en el programa SPSS versión 23. **Resultados.** Se analizaron 55 datos, en los cuales en el análisis bivariado se encontró el sexo de niño guarda relación con los meses que se les da ingesta de lactancia, presentando las niñas mayor número de meses de ingesta de lactancia, esta relación es estadísticamente significativa a un p valor = 0,015, adicionalmente, el primer embarazo también guarda relación con los meses de ingesta que se le da al niño, encontrándose que las primerizas dan menos lactancia según la prueba Chi Cuadrado con un p valor = 0,016. **Conclusión.** Los niños de 28 a 37 meses tuvieron un inicio de alimentación complementaria a los 6 meses; y la mayor

proporción de madres y /o cuidadoras multíparas y con 2 hijos ofrecen una lactancia materna en un tiempo >23 meses. La tradición de transmitir de generación en generación las prácticas y creencias alimentarias, sugiere establecer planes alimenticios que integren la tradición, las costumbres cotidianas y los planteamientos alimenticios de hoy en día.

Palabras claves. Creencias, prácticas nutricionales, cuidadores, niños, comunidad.

ABSTRACT

FOOD BELIEFS AND PRACTICES OF CHILDREN'S CAREGIVERS, TOWARDS THE INTERVENTIONS PROVIDED BY THE NUTRITION RECOVERY PROGRAM WITH A COMMUNITY APPROACH RNEC LA BOQUILLA - CARTAGENA, 2016

Background. Beliefs and practices affect food and these in nutritional states and therefore in poor nutritional situations, high rates of malnutrition and food neglect, these being the conditions on which action must be taken to improve, emphasizing in the programs of nutritional complementation and improvement of alimentary habits for the populations in situation vulnerability and social risk as they are the children and children under 5 years. Currently, an evaluation of the state of nutrition in the Colombian population is underway, but results have not yet been published. The most recent information with national representativeness is obtained from the National Survey of the Nutritional Situation in Colombia (ENSIN) 2010 and the National Survey of Demography and Health (ENDS) 2015, which allow us to reflect on the beliefs and feeding practices of family members and / or caregivers of children under five in the last decade, also revealing the predominant factors in terms of essential and inclusive components in terms of nutrition.

Objective. Determine the beliefs and practices of the caregivers of children towards the interventions provided by the RNEC La Boquilla-Cartagena, 2016.

Methodology. The present investigation was developed under descriptive parameters, from the gathering of information corresponding to caregivers that participate in the RNEC in La Boquilla-Cartagena. This design combined diverse sources and quantitative research techniques that allowed to characterize sociodemographic aspects of families, as well as their beliefs and food practices. The population consists of 55 caregivers, the sample was 100% of the population that met the inclusion and exclusion criteria. The structured interview technique was used using a questionnaire with closed questions. As a collection instrument, the CAP model questionnaire was used; a univariate and bivariate analysis of sociodemographic study variables, food practices and beliefs was performed, the results were analyzed in the SPSS program, version 23. **Results.** 55 data were analyzed, in which the bivariate analysis found the sex of the child is related to the months that are given lactation intake, presenting the girls with the highest number of months of lactation intake, this relationship is statistically significant at a p value = 0.015, additionally, the first pregnancy is also related to the months of intake that is given to the child, finding that the girls give less lactation according to the Chi square test with p value = 0.016. **Conclusion.** Children from 28 to 37 months had a complementary feeding start at 6 months; and the highest proportion of mothers and / or multiparous caregivers and with 2 children offer breastfeeding at a time > 23 months. The tradition of transmitting from generation to generation food practices and beliefs, suggests establishing food plans that integrate the tradition, daily customs and food approaches of today.

Keywords. Beliefs, nutritional practices, caregivers, children, community.

INTRODUCCIÓN

La inseguridad alimentaria constituye, según el Programa Mundial de Alimentos (1), el mayor riesgo de salud en el mundo.

Según la CELAC en relación a los efectos de la inseguridad alimentaria en la salud, la información más reciente los países andinos entre los que se encuentra Colombia, indica que las “deficiencias nutricionales” se encuentra entre las primeras diez causas de muerte en el primer año de vida. Es decir, los niños y niñas se encuentran en riesgo constante de sufrir inseguridad alimentaria que los puede llevar a una vida poco productiva y en casos extremos hasta la muerte. (16)

En Colombia la inseguridad alimentaria es una de las principales causas de mortalidad infantil, según estadísticas vitales del DANE de las defunciones por inseguridad alimentaria en Colombia para los menores de cinco años en el periodo 2002 a 2013 (8). Esta es una cifra realmente alarmante puesto que pone en la mira el sistema de salud, la prevención, las políticas públicas y la gestión por la seguridad alimentaria.

IPP Regionales: Existen factores que influyen en la inseguridad alimentaria infantil en Bolívar, los cuales son la inadecuada vivienda, la pobreza y la falta de educación de los padres(9).

Las creencias y las prácticas, inciden en la alimentación y ésta al mismo tiempo, en los estados de nutrición. Por ende, esto se ve reflejado en las situaciones nutricionales deficientes, los altos índices de malnutrición y la negligencia alimentaria, siendo éstas, las condiciones sobre las que se debe actuar para mejorar, haciendo énfasis en los programas de complementación nutricional y mejoramiento de hábitos alimentarios para las poblaciones en situación vulnerabilidad y riesgo social como son los niños y niñas menores de 5 años (22).

Los intereses enfocados en este estudio son:

- Identificar creencias y prácticas de alimentación de los padres y/o cuidadores de los niños y niñas beneficiarios del programa RNEC.
- El estudio sirva de aporte y referencia para planificación de acciones dirigidas a aliviar o fortalecer los problemas de nutrición que se hayan identificados.

JUSTIFICACIÓN

La inseguridad alimentaria constituye, según el Programa Mundial de Alimentos (1), el mayor riesgo de salud en el mundo. Las cifras se constituyen alrededor de 795 millones de personas en el mundo que no tienen suficientes alimentos para llevar una vida saludable y activa, la mayoría de estas viven en países desarrollados, donde el 12.9% de la población presenta desnutrición. Según esta serie de datos y cifras, casi la mitad (45%) de las muertes son niños menores de cinco - 3,1 millones de niños cada año. Uno de cada seis niños (aproximadamente 100 millones) en los países en desarrollo presentan peso inferior al normal. 52 millones de niños menores de 5 años presentan emaciación, 17 millones padecen emaciación grave, y 155 millones sufren retraso del crecimiento, esto constituye contribuyen por año con 2,2 millones de muertes.

El gran ascenso de las cifras mundiales del hambre, estima que el número de personas subalimentadas pasó de 777 millones a 815 millones en 2016, indiscutiblemente la situación de la seguridad alimentaria ha empeorado considerablemente en las zonas de Asia sudoriental, occidental y de África subsahariana, naciones en donde más luchan contra el hambre, en donde la tasa está en nivel grave. El empeoramiento sobre esta situación a nivel mundial, coloca a los continentes de Asia y África en la cima del índice en donde persiste la desnutrición y falta de seguridad alimentaria (2)

En el informe Índice Global del Hambre (GHI) (3), se establece que en la República Centroafricana (46.1%), Chad (44.3%), Zambia (39%), Haití (36.9%), Madagascar (35.4%), Yemen (35%) y Sierra Leona (35%) son en las naciones de África que padecen de esta problemática, cuyos niveles fueron calificados como “graves”.

En África del sur, la mitad de la población está conformada por niños, de quienes hasta un 20% presenta discapacidad, debido la mayoría a insuficiencia en el desarrollo físico a consecuencia de la inseguridad alimentaria crónica. El Informe de la Situación de Crisis Alimentaria en África (4), presentado por la Cruz roja Española, establece que en Sudán del Sur, se estima que uno de cada tres hogares necesita alimentos con urgencia.

En la región del oriente, aproximadamente 24 millones de personas que enfrentan niveles críticos y de emergencia de inseguridad alimentaria como consecuencia de muchos factores, especialmente conflictos y sequías. Por su parte, en Yemen, solo funciona el 45% de los centros de salud, y se tienen menos del 30% de los medicamentos

y asistencia médica que se necesitan en el país, y algunos hospitales han registrado un aumento del 150% en los casos de desnutrición infantil. En la región occidental, En Nigeria, solamente en el estado de Borno, se calcula que 300.000 mil niños y niñas sufrirán desnutrición aguda en los próximos doce meses.

Por su parte en Asia, durante los últimos años, se ha disminuido considerablemente la crisis de la pobreza en la mayoría de países en desarrollo de la región oriental. Sin embargo, esta región representa el epicentro, junto con el pacífico, del retraso de crecimiento en los niños, debido a la pobreza, el conflicto y la inseguridad alimentaria (5). En Asia, cerca de 520 millones de personas sufren inseguridad alimentaria, lo que reduce significativamente las capacidades físicas y mentales de los niños e impone enormes costos humanos y económicos.

Según el Informe sobre el desarrollo mundial, las carencias son mayores aun en el caso de los niños que viven en Estados frágiles y países afectados por conflictos. Estos niños tienen dos veces más probabilidades de padecer inseguridad alimentaria que los niños de otros países de bajos y medianos ingresos. (6).

El panorama en Aunque América Latina tiene un nivel menor en el índice de hambre entre los países en vías de desarrollo. Datos de la FAO (7), en Sudamérica el hambre pasó de afectar al 5% de la población regional en 2015 a 5,6% en 2016. En Mesoamérica (Centroamérica y México) la proporción de personas con hambre cayó de 6,7% en 2015 a 6,5% en 2016. En el Caribe también cayó de 18,4% en 2015 a 17,7% en 2016%. 21 países presentaron una caída en su proporción de personas con desnutrición en el periodo 2014-2016.

- En 2014-16, Haití es el país de la región que presenta una mayor proporción de subalimentación, con casi el 47% su población, lo que equivale a casi 5 millones de haitianos.
- En 2014-16, Brasil, Cuba y Uruguay presentan una proporción de personas subalimentadas inferior al 2,5%. Los que le siguen son Argentina, Barbados, Chile, México, y Trinidad y Tobago, que tienen una prevalencia de subalimentación igual o inferior al 5% de su población.
- En 2014-2016, Venezuela vio un alza de 1,3 millones personas subalimentadas, Argentina y Perú también registraron aumentos de 0,1 millones de personas en ambos casos. Bolivia, Chile,

Ecuador y Paraguay mantuvieron el número de personas subalimentadas entre 2013-15 y 2014-16, mientras que Colombia logró reducir su número de personas subalimentadas de 3.7 a 3,4 millones en el mismo periodo.

- En ALC la inseguridad alimentaria crónica se ha reducido de 24,5%, en 1990 a un 11% en 2016, sin embargo, aún 5,9 millones de niños se encuentran afectados por la inseguridad alimentaria crónica.
- En 2016, el 9,5% de la población infantil sudamericana está afectada por la inseguridad alimentaria crónica, esto es 3,2 millones de niños. En Mesoamérica la inseguridad alimentaria crónica afecta al 15,4% de los menores de 5 años, 2,5 millones de niños. En el Caribe se presenta la prevalencia más baja en comparación a las otras subregiones, de 5,3%, lo que equivale a cerca de 200 mil niños.

La mala alimentación y la inseguridad alimentaria es un problema que les atañe a todos los individuos de la sociedad, sobre todo cuando se trata de la inseguridad alimentaria infantil ya que esta afecta de manera directa el desarrollo de las capacidades físicas, mentales, emocionales, sensoriales, sociales y demás dimensiones humanas. Sin duda, esta falta de buena nutrición se verá reflejada en la adultez con las bajas tasas de productividad.

En Colombia la inseguridad alimentaria es una de las principales causas de mortalidad infantil, según estadísticas vitales del DANE de las defunciones por inseguridad alimentaria en Colombia para los menores de cinco años en el periodo 2002 a 2013 fueron 5790, 3,9% del total de muertes en menores de cinco años entre 2002 y 2013 y la edad mediana de muerte es de 16 meses (8).

Esta es una cifra realmente alarmante puesto que pone en la mira el sistema de salud, la prevención, las políticas públicas y la gestión por la seguridad alimentaria, además, según estas mismas cifras, el departamento de Bolívar registra una tasa de defunciones de 10,7% por cada 100.000 asociados o por inseguridad alimentaria.

Tras un análisis por parte del Instituto de Políticas Públicas Regionales y de Gobierno existen múltiples factores que influyen en la inseguridad alimentaria infantil en menores de cuatro años en el departamento entre los que están la pobreza, la inadecuada vivienda y la falta de educación de los padres (9)

Para el 2014, según el Departamento Administrativo Distrital De Salud (10) de Cartagena, la tasa de mortalidad por d inseguridad alimentaria durante el año 2014 en Cartagena fue de 1,2 por 100.000 menores de cinco años. Los factores sociodemográficos que contribuyeron a la mortalidad de los niños con inseguridad alimentaria fueron: la alimentación complementaria antes de los 6 meses de edad y no realizar controles de crecimiento y desarrollo. Es decir, es posible observar cómo una de las causas de mortalidad infantil está asociada a las prácticas frente a la edad y alimentación de los niños y niñas, y los métodos que son utilizados en los hogares para la preparación y administración de los alimentos.

Sin embargo, deben existir acciones de mejora frente a esta problemática bajo una gestión de la seguridad alimentaria que permitan reducir al máximo estas causas y se detengan los índices de mortalidad infantil. Por esto es necesario que se diseñen políticas públicas encaminadas a la reducción y prevención de la pobreza, el hambre y la inseguridad alimentaria. En este sentido, es importante rescatar el papel de la seguridad alimentaria como un elemento de potenciador de buenos resultados ya que esta es una estrategia con la cual se puede lograr reducir estos índices, potenciando el desarrollo humano y mejorando las condiciones y calidad de vida de los infantes.

En la actualidad en el país se han venido desarrollando algunas políticas públicas que han favorecido la seguridad alimentaria como la Política Pública Nacional de primera infancia “Colombia por la primera infancia”, el cual se enmarca en el Plan Nacional de desarrollo y tiene como objetivo general promover el desarrollo integral de los niños y niñas desde la gestación hasta los 6 años de edad, respondiendo a sus necesidades y características específicas, y contribuyendo así al logro de la equidad e inclusión social en Colombia (11).

También está la Política Nacional de Seguridad Alimentaria y Nutricional 2012 – 2019 (CONPES 113 de 2008) con el fin de contribuir al mejoramiento de la situación alimentaria y nutricional de toda la población colombiana, en especial, de la más pobre y vulnerable en los que se incluyen a los niños y niñas. Todo esto teniendo en cuenta los cinco ejes de la seguridad alimentaria y nutricional (disponibilidad, acceso, consumo, aprovechamiento biológico, calidad e inocuidad de los alimentos) a través de programas de apoyo/asistencia alimentaria, dirigido a la población más vulnerable: familias de nivel socioeconómico bajo y con necesidades básicas insatisfechas (12).

Actualmente se está realizando una evaluación del estado nutrición en la población colombiana, a través de la Encuesta Nacional de la Situación Nutricional en Colombia (ENSIN) de 2015, la cual se supone debe arrojar datos actuales de los últimos cinco años, sin embargo los resultados no han sido los esperados pues el inicio y desarrollo de esta encuesta se retrasó y esta apenas comenzó el primer semestre de 2016. La información más reciente con representatividad nacional se obtiene de la Encuesta Nacional de la Situación Nutricional en Colombia (ENSIN) 2005; y de la Encuesta Nacional de Demografía y Salud (ENDS) 2010, los cuales permiten reflexionar acerca de las creencias y prácticas de alimentación de los familiares y/o cuidadores de niños y niñas menores de cinco años en la última década (13). En esta encuesta se logra ver la situación nutricional de los niños menores de 5 años ha mejorado sustancialmente desde el desarrollo e implementación de la Política Pública de Seguridad Alimentaria y Nutricional en 2008.

Otra estrategia usada para acabar con las altas tasas de inseguridad alimentaria infantil en el país están asociadas al programa de Recuperación Nutricional con Enfoque Comunitario (RNEC) dirigido desde el 2012 por la Dirección de Nutrición del Instituto Colombiano de Bienestar Familiar (ICBF), el cual ayuda a los casos más extremos, se hace en centros del ICBF durante 30 días hasta que los niños salgan del riesgo. Hasta fecha se han atendido a más de 25.000 niños y niñas menores de 5 años. A las familias y/o cuidadores, el ICBF les brinda educación sobre el cuidado que deben tener con los niños y las niñas en cuanto a la alimentación (14).

A través del RNEC se puede mejorar exponencialmente la calidad de la alimentación que reciben los niños y niñas y, por ende, el desarrollo del cerebro, la salud en general, la nutrición para el funcionamiento adecuado del cuerpo, las actividades académicas y otras actividades propias de estos infantes. Todos estos beneficios se pueden obtener tan pronto se tomen las medidas pertinentes, de manera indirecta pueden favorecerse tanto los cuidadores, como los familiares de los niños, al observar la efectividad de los métodos planteados y la comunidad el general; puesto que el levantar las próximas generaciones con unas buenas bases nutricionales, esto traerá beneficios en cadena, que a la larga y en términos generales, termina favoreciendo a estas familias y a la comunidad en general.

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

El concepto sobre seguridad alimentaria y nutricional que este documento propone, parte del reconocimiento del derecho de toda persona a no padecer hambre. Según el CONPES 113 (15), la Seguridad alimentaria y nutricional es la disponibilidad suficiente y estable de alimentos, el acceso y el consumo oportuno y permanente de los mismos en cantidad, calidad e inocuidad por parte de todas las personas, bajo condiciones que permitan su adecuada utilización biológica, para llevar una vida saludable y activa.

Según la CEPAL (16), en relación a los efectos de la inseguridad alimentaria en la salud, la información más reciente los países andinos entre los que se encuentra Colombia, indica que las “deficiencias nutricionales” se encuentra entre las primeras diez causas de muerte en el primer año de vida. Es decir, los niños y niñas se encuentran en riesgo constante de sufrir inseguridad alimentaria que los puede llevar a una vida poco productiva y en casos extremos hasta la muerte.

Para Silva G (17) es claro que existen múltiples causas que llevan a la inseguridad alimentaria infantil, entre las que están la falta de educación, servicios y acceso a los alimentos. Este tipo de inseguridad alimentaria trae muchos impactos negativos para la vida de los niños y niñas como la disminución de la capacidad de aprendizaje, el rendimiento escolar, la productividad económica en la vida adulta y las capacidades para cuidar de las nuevas generaciones. Todo esto quedando atrapados en un ciclo de pobreza, poca educación y hambre.

Este mismo autor señala que el país corre riesgos en la alimentación de los niños y niñas menores de 1 año de edad. Debido a que la lactancia materna dura mucho menos tiempo del sugerido, se introduce prematura y defectuosamente la alimentación complementaria, y los alimentos ofrecidos carecen de los nutrientes necesarios para asegurar su óptimo desarrollo.

En Pereira Machado M, Calderón V y Machado J (18) realizaron un estudio en niños de 0 a 5 años y sus familias a cerca de la seguridad alimentaria, y se encontró que el 11,8% de los niños tenían algún tipo de inseguridad alimentaria, es decir el 67,7% de las familias tenían inseguridad alimentaria. Esto estaba asociado a factores como el desempleo, los bajos ingresos familiares y la frecuente compra

alimentos diarios y quincenales. En este sentido, pese a la existencia de programas de intervención para mejorar las condiciones de alimentación de primera infancia, sigue existiendo inseguridad alimentaria.

Por otra parte está la investigación realizada por Morris M (19) acerca de la identificación de factores sociales que determinan la alimentación de familias que pertenecen a los estratos socioeconómicos 1, 2 y 3 en la localidad de Fontibón en Bogotá. Donde se pudo identificar que los bajos ingresos impiden el acceso a los alimentos, además de factores como servicios públicos especialmente recolección de basuras limitada en estos hogares, electrodomésticos para conservación y preparación de alimentos, y viviendas con materiales de construcción inadecuados. También se identificó que respecto a la frecuencia de consumo de alimentos la mayoría de las familias no tienen un consumo diario de alimentos ricos en proteína, así como frutas y verduras.

La situación anteriormente descrita, es algo común en varias regiones del país, observando casos muy puntuales como en la Guajira, Sucre, Córdoba y Bolívar. Además el uso de las prácticas alimentarias y creencias de los padres pueden influir de manera notable en la nutrición de los lactantes y niños, provocando en algunos casos malnutrición y malas prácticas alimenticias, lo que representa en el largo plazo un riesgo para la salud de los niños, aumentando así el peligro de desarrollar enfermedades crónicas y deficiencias en su desarrollo físico y mental.

En sentido surge la pregunta por ¿Cuáles son las creencias y prácticas alimentarias aplicadas por los cuidadores para beneficio o no de los niños y niñas adscritos al programa de intervención RNEC la Boquilla – Cartagena en el período 2016 ?

ANTECEDENTES

Según el Código de la Infancia y la Adolescencia, la obligación de la familia es, suministrar y facilitar las condiciones básicas que los menores necesitan durante la etapa de crecimiento, para que puedan lograr un sostenimiento y una alimentación con que les permita desarrollarse en todos los aspectos y dimensiones necesarias para realizar actividades propias de sus edades, como estudiar, compartir, divertirse y prepararse para ser ciudadanos de bien (20).

La familia y/o cuidadores, tienen la obligación de garantizar los derechos de los niños y niñas, así como de proporcionarles las condiciones necesarias para que alcancen una nutrición y una salud adecuada. Sin embargo, en la garantía de un adecuado estado nutricional, no solamente se tiene en cuenta la interrelación de factores físicos como la salud, sino que existen otros factores del contexto donde convive el niño o niña con sus familias. Circunstancias como las creencias y prácticas de alimentación; dejan entrever agentes de riesgo, que afectan su estado nutricional, situación que es determinante para la salud, crecimiento y desarrollo del menor (20).

A pesar de múltiples estrategias de intervención en los programas de Recuperación Nutricional con Enfoque Comunitario, en adelante RNEC; los cuales iniciaron en el 2014; no se evidencia un impacto significativo, debido a que no se han evaluado resultados, en la población beneficiada en el corregimiento de La Boquilla, posiblemente porque no se tiene en cuenta una mirada integral del contexto del niño; la mayoría de acciones se reducen a tomar medidas antropométricas, sin tener en cuenta factores como las creencias y prácticas de alimentación de los familiares y cuidadores.

La ingesta de alimentos y los hábitos alimentarios en los menores de cinco años, se encuentran influenciados en su mayoría por el ambiente familiar: las situaciones en las que se enfrentan los padres o cuidadores hacia los alimentos, han demostrado ser un factor que influye en los gustos de inapetencias de los menores, por lo tanto, los adultos que están a cargo del cuidado de estos, son los responsables de ofrecer una variedad de alimentos nutritivos y adecuados para su desarrollo (21).

Las creencias y las prácticas, inciden en la alimentación y ésta al mismo tiempo, en los estados de nutrición. Por ende, esto se ve reflejado en las situaciones nutricionales deficientes, los altos índices

de malnutrición y la negligencia alimentaria, siendo éstas, las condiciones sobre las que se debe actuar para mejorar, haciendo énfasis en los programas de complementación nutricional y mejoramiento de hábitos alimentarios para las poblaciones en situación vulnerabilidad y riesgo social como son los niños y niñas menores de 5 años (22).

Las adopciones de prácticas de alimentación adecuadas durante los primeros años de vida, disminuyen los índices de enfermedades prevalentes en la infancia. Sin embargo, en contra de estas intervenciones de bajo costo y alta efectividad, la realidad en Colombia según la Encuesta Nacional de Demografía y Salud – ENDS (2010), es contraria, ya que se demostró que en Colombia el 83,3% de las madres, inician la alimentación complementaria antes del cuarto mes de vida, práctica que puede ser lesivas para el menor de 5 años (23).

Por lo anterior, es de vital importancia realizar un estudio en los que previamente se analice a los familiares y/o cuidadores como individuos transcendentales dentro del proceso de la alimentación de los niños y niñas del corregimiento de La Boquilla, y de forma correcta, realizar el diagnóstico de la problemática, lo cual contribuirá a la implementación de prácticas claves en el cuidado del menor de cinco años fundamentado en la intervención del RNEC.

En armonía con los argumentos anteriores, se formula el siguiente cuestionamiento: ¿cuáles son las creencias y prácticas de alimentación de los cuidadores de niños y niñas hacia las intervenciones proporcionadas por el programa de RNEC La Boquilla-Cartagena, 2016?, esta problemática se observa en estudios a nivel nacional e internacional, en ellos se resalta que las madres y/o cuidadoras han sido y continúan siendo el centro de atención de gran parte de los estudios y programas de nutrición y alimentación, en tanto que son consideradas como uno de los componentes fundamentales de la salud en los niños y niñas menores de cinco años.

Esto se observó en el estudio etnográfico cualitativo-cuantitativo titulado “Creencias maternas, las prácticas de alimentación y el estado nutricional de los niños afrocolombianos” (24), en el cual, se describieron las creencias y prácticas de la alimentación infantil, y su relación con el estado nutricional de niños de 6 a 18 años, además se combinaron datos etnográficos, epidemiológicos y se reportó que al menos el 50% de las madres, tienen prácticas no acordes con las recomendaciones mundiales como son: la introducción de la

alimentación complementaria desde los 3 meses (72,8%), lo cual representa un gran riesgo de carencias nutricionales en la alimentación del menor.

Un segundo estudio, realizado por el Ministerio de Salud de Panamá, en convenio con la Organización Panamericana de la Salud (OPS) titulado “Prácticas de cuidado y alimentación infantil en las comarcas indígenas de Kuna-Yala, Ngobe-Buglé, Emberá-Wounaan y los distritos de Cañazas y Las Palmas (Provincia de Veraguas) (25), se llevó a cabo con el objetivo de identificar la necesidad de implementar atención integral a la niñez en la comunidad, como una estrategia de recuperación nutricional.

En el 2012, la Dirección de Nutrición del Instituto Colombiano de Bienestar Familiar (ICBF), partiendo de estas y otras estadísticas, decide beneficiar a 48 municipios, con necesidades alimentarias insatisfechas a través del programa RNEC, que en los casos más extremos se hace en centros del ICBF, durante 30 días, hasta que los niños salgan del riesgo. Hasta fecha se han atendido a más de 25.000 niños y niñas menores de 5 años, Además que a las familias y/o cuidadores, el ICBF les brinda educación sobre el cuidado que deben tener con los niños y las niñas en cuanto a la alimentación (26).

La información más reciente con representatividad nacional sobre el estado nutrición en la población colombiana, se obtuvo de la Encuesta Nacional de la Situación Nutricional en Colombia (ENSIN) 2010; y de la Encuesta Nacional de Demografía y Salud (ENDS) 2015 las cuales permiten reflexionar acerca de las creencias y prácticas de alimentación de los familiares y/o cuidadores de niños y niñas menores de cinco años en la última década (27).

Por lo anterior, se realizó el estudio “Creencias y prácticas de alimentación de familiares y/o cuidadores de niños y niñas hacia las intervenciones proporcionadas por el Programa de Recuperación Nutricional con Enfoque Comunitario RNEC La Boquilla-Cartagena, 2016”, en coordinación con la Universidad del Norte, el cual brindó un aporte de tipo conceptual frente al programa RNEC – La Boquilla.

1. ESTADO DEL ARTE

1.1 Creencias y prácticas de alimentación

Creencias en alimentación: Las creencias alimentarias, resultan ser generalizaciones que las personas hacen o dicen, en relación con los alimentos(16) como parte de una herencia que se va transmitiendo de generación en generación. Estas se forman a partir de ideas, experiencias y emociones, como resultado de un proceso mediante el cual, una oración o juicio es reforzado por referencias o experiencias, que lo corroboran y pueden obtenerse, a través de información que se toman de personas, libros u otros medios de comunicación. La intensidad emocional que se siente respecto a cualquier de esas experiencias referenciales, determinará la fuerza del anclaje de esa idea, para convertirse en creencia (28).

Prácticas alimentarias: Se define como las acciones observables de un individuo que podría afectar la nutrición de él / ella o de los demás, como comer, alimentarse, lavarse las manos, cocinar y seleccionando alimentos. La práctica y el comportamiento son términos intercambiables, aunque la práctica tiene una connotación de comportamiento de larga duración o comúnmente practicado.(65)

Las creencias y los simbolismos de los alimentos, las exclusiones y elecciones que se hacen al preparar la comida familiar, esconden procesos con significación cultural y social que pueden dar sentido a las decisiones sobre qué es lo que potencialmente modificable y aquello que aún en situaciones sociales adversas no se modifica (29). Por otro lado, las prácticas de alimentación, pueden definirse como el conjunto de acciones y relaciones sociales que se estructuran en torno al acto central de ingesta de sustancias que puede o no estar relacionadas a la perpetuación del organismo vivo (30).

Los seres humanos, tienen la necesidad de aprender buenas elecciones alimentarias y las aprenden, no por un método individual de ensayos y errores, sino a partir de un saber colectivo que se ha ido constituyendo, a lo largo de las generaciones, bajo la forma de un cuerpo de creencias, algunas confirmadas por la experiencia, otras completamente simbólicas o mágicas, tales como el ayuno, la búsqueda de lo sagrado o las prohibiciones religiosas. Estos vetos, pueden referir, a veces, a alimentos completamente sanos y afectar a una población entera, o bajo la forma de un tabú, a un subgrupo dentro de una determinada sociedad (31).

1.2 Factores determinantes de las creencias y prácticas de alimentación

La alimentación es un hecho extremadamente complejo, ya que intervienen numerosos factores difíciles de cambiar debido a las relaciones sociales que los sostienen. Si se apoyan en elementos fundamentales, procesos estructurales, que dan sentido a la dinámica social; entonces, su transformación será lenta. En cambio, sí están relacionados con aspectos superficiales, lo más probable es que se modifiquen con facilidad, dependiendo de la posición subjetiva frente a las relaciones económicas, sociales y simbólicas con que construye su identidad (32).

Los factores que determinan las creencias y prácticas de alimentación se destacan las culturales, sociales, religiosos, y los relacionados con la educación (33).

1.2.1 Factores culturales.

Las madres y cuidadores, muestran prácticas de alimentación que han sido aprendidas de otras personas dentro de sus redes sociales, en la comunidad local. De hecho, la alimentación es el primer aprendizaje social del ser humano. Tales comportamientos, forman parte de la cultura alimentaria, es decir, el conjunto de creencias y prácticas heredadas y/o aprendidas que están asociadas a la alimentación y son compartidas por los individuos de una cultura dada o de un grupo social determinado dentro de una cultura. A su vez, cada cultura genera una cocina propia, donde existen diferencias de ingredientes, aromas, técnicas de preparación, maneras de servir y comer, con clasificaciones particulares y unas reglas precisas, tanto en relación la preparación, como relativas a su recolección, producción, conservación y consumo (34).

1.2.2 Factores sociales.

Son de gran importancia, a la hora de analizar las creencias y las prácticas de alimentación. Del mismo modo que, mediante el proceso de socialización, las personas adquieren de una forma más o menos inconsciente las normas básicas para actuar en el medio social, se produce un aprendizaje social relativo a las reglas culinarias que forman parte de los conocimientos y prácticas transmitidas y adquiridas, y que se interiorizan de forma similar (35). Además de esto, existen otros elementos que influyen en las tradiciones alimenticias, algunos se encuentran inmersos en la cultura, otros obedecen a agentes internos u orgánicos y los terceros dependen de

la condición psicológica de las personas de una comunidad. Los elementos culturales que inciden en este aspecto son aquellos influenciados por las razas, las tradiciones alimenticias y los valores culturales de una comunidad.

Entre los agentes internos, están los hereditarios ya que, en algunos casos, existen predisposiciones de los organismos que obedecen a esta causa, y los elementos psicológicos, que son predilecciones, gustos o, al contrario; resistencia al consumo de algunos alimentos. Otros determinantes que van ligados a los agentes sociales, son los económicos; ya que estos disponen de criterios como los costos, que son las inversiones deben hacer las familias para poder adquirir algunos alimentos, otro es la accesibilidad pues este criterio supone el nivel de facilidad con el que se consigan unos recursos alimenticios, ya que siempre su acceso no depende de la disponibilidad económica, sino de otras circunstancias como transporte, geografía, clima, etc. (71)

Los factores enunciados anteriormente, sumados a otros como el nivel de ingresos del grupo familiar, el entorno en el que se vive, las variaciones en la forma de alimentarse de un grupo social a otro, la educación que se recibe en cuanto a las formas saludables de nutrición, y la influencia de programas y planes gubernamentales en estos ámbitos, tienen algún tipo de influencia en la elección de los alimentos que se consumen en una comunidad (72).

1.2.3 Factores religiosos.

La religión por su parte, juega un rol importante como factor determinante. En todos los pueblos o culturas, las elecciones alimentarias, están condicionadas muy a menudo, al menos aparentemente o en primera instancia, por todo un conjunto de creencias religiosas, prohibiciones de diverso tipo y alcance, así como por concepciones dietéticas, relativas a lo que es bueno o lo que es malo para el cuerpo y la salud. Todas las religiones rigen la alimentación en algún sentido y, la mayoría de las veces, casi siempre restricto; por ejemplo, limitar las cantidades ingeribles, restringir o prohibir una u otra categoría de alimentos, disminuir el placer de comer, sea permanente o en algunas ocasiones (36).

1.2.4 Factores educacionales.

Respecto a la educación, se ha demostrado que el nivel educativo tiene gran influencia sobre el patrón alimentario, el cual se ha observado que varía según el grado de escolaridad de las personas y familias. No han sido únicamente los patrones alimentarios que cambian según la escolaridad, sino también, el horario de las comidas, los métodos de preparación y almacenamiento, entre otras cosas. La educación, es la variable más íntimamente relacionada con el estado de salud de una población, una comunidad o un individuo: ya que constituye la senda para la implementación de conductas favorables a la búsqueda de la salud y encaminadas hacia el mantenimiento de la misma. La afirmación anterior, es complementada por la UNICEF (Fondo Internacional de las Naciones Unidas para la Infancia), que considera que la alfabetización y progresión en los niveles educativos por parte de la mujer, específicamente de la madre, son un factor importante para el desarrollo en los niños menores de cinco años (37).

Las creencias y prácticas de alimentación, son parte importante de la conducta humana, y por ello es que durante los últimos años se le ha dado un mayor énfasis a la alimentación y nutrición desde el punto de vista social. La alimentación no se reduce exclusivamente al campo puramente fisiológico. Al intentar realizar modificaciones en la conducta de un individuo en cuanto a sus creencias y prácticas de alimentación, no bastará sólo con que adquiera nuevos conocimientos referidos a lo nutricional para realizar el cambio deseado, si no se ha aceptado la necesidad de cambiar y la persona no se encuentra motivada para hacerlo (38).

1.3 Percepción del programa de recuperación alimentaria

Las creencias y prácticas maternas sobre la alimentación del niño, envuelven un proceso complejo de toma de decisiones de la madre sobre la variedad, preparación, cantidad, horarios de los alimentos del niño, entre otras cosas, sumadas a las enseñanzas de sus antecesoras sobre la nutrición; refuerzan las prácticas maternas de alimentación propiciando una actitud, no saludable de la conducta no alimentaria del niño, la cual puede ser un factor predictor para los problemas de peso desde la infancia temprana (39). En este sentido, permite entender y observar manera científica el objeto de estudio la relación entre la inasistencia alimentaria y las prácticas alimenticias que poseen los familiares y/o cuidadores de niños menores de cinco años (40).

Sin embargo, la metodología del RNEC, permite develar las percepciones que los cuidadores tienen no solo de sí mismos, sino

también de las demás personas, de los hechos, de las cosas, de lo que les rodea, de su contexto, de todo aquello que se encuentra inmerso en su cotidianidad, y es por ello que lo interioriza como propio (41). Por estas razones, es necesario para este estudio, la identificación de las percepciones sociodemográficas de la familia, la inocuidad de los alimentos, la salud en el hogar, la vivienda saludable, las condiciones de salud y de seguridad alimentaria.

1.3.1 Perspectiva socio-demográficas de la familia.

La perspectiva socio-demográfica aporta elementos importantes para el estudio de la dinámica de las familias y las condiciones en que se da su reproducción cotidiana, además; entre las dimensiones de análisis para el estudio de la familia, se destacan las características del jefe del hogar (sexo, edad, inserción laboral, escolaridad), su estructura (edad, sexo, y número de miembros) y las relaciones de parentesco que se dan al interior (familias nucleares, extensas, sin componente nuclear), como factores que inciden de manera importante en su dinámica social y económica. Se finaliza apuntando algunos de los cambios más importantes que la familia ha experimentado en los últimos años (42).

1.3.2 Perspectiva inocuidad de los alimentos.

Es la condición de los alimentos, que garantiza que no causarán daño cuando se preparen y /o consuman de acuerdo con el uso al que se destinan. La familia debe conocer el consumo de alimentos que garanticen su adecuada alimentación, libres de peligros físicos, químicos y biológicos y las medidas higiénicas el entorno inmediato de los alimentos y aquellas que deben cumplir los manipuladores. Según la FDA (Food, and Drug Administration), las dimensiones para asegurar la inocuidad de los alimentos en el hogar son: limpiar (lavado de manos, limpieza de los alimentos, mesones de la cocina y los utensilios para cocinar); separar los alimentos crudos por tipo; cocinar y refrigerar los alimentos (43).

1.3.3 Perspectiva salud en el hogar.

Los hogares desarrollan modos y estrategias de cuidados de la salud que son las acciones o prácticas de las familias, reiteradas a lo largo de su ciclo de vida, tendientes a mejorar, preservar y buscar atención para sus necesidades de salud, conductas que se eligen dentro de un rango de alternativas disponibles y que les son propias por su inserción social. Esta dimensión, permite acercarse como perciben el

cuidado de la salud en el hogar y el acceso a los servicios de la salud (44).

1.3.4 Perspectiva vivienda saludable.

La vivienda debe brindar seguridad, ofrecer intimidad, descanso y bienestar, en función de las condiciones del medio ambiente y de la conducta que sumen sus ocupantes. La situación de precariedad de la vivienda, afecta la salud física, mental y social de las personas, especialmente de los niños y ancianos, que constituyen la población más vulnerable. No obstante, en el ámbito del hogar, se pueden controlar y evitar muchos riesgos si los miembros de la familia asumen conductas saludables. Las dimensiones a tratar serían: la presencia de vectores de enfermedades, la contaminación del agua y el saneamiento defectuoso y la disposición inadecuada de residuos sólidos domésticos (45).

1.3.5 Perspectiva de las condiciones de salud y seguridad alimentaria familiar.

El concepto referido a los hogares, es la capacidad de las familias para obtener, ya sea produciendo o comprando, los alimentos suficientes para cubrir las necesidades dietéticas de sus miembros; esto sólo se consigue cuando se dispone de suministros de alimentos, material y económicamente al alcance de todos. Los suministros a este nivel dependen de factores como los precios, la capacidad de almacenamiento y las influencias ambientales. Un hogar goza de seguridad alimentaria, si tiene acceso a los alimentos necesarios para una vida sana de todos sus miembros (alimentos adecuados desde el punto de vista de calidad, cantidad e inocuidad, culturalmente aceptables), y si no está expuesto a riesgos excesivos de pérdida de tal acceso.

Los factores interrelacionados, determinantes de la Seguridad Alimentaria y el bienestar nutricional familiar son:

- ✓ Suficiencia de alimentos a través del mercado y de otros canales.
- ✓ Estabilidad de los suministros y acceso.
- ✓ Capacidad de los hogares para adquirir los alimentos que pueden ofrecer el mercado y otras fuentes.
- ✓ Cuidados adecuados a determinados grupos, en particular a los niños, que permita entre otros aspectos adecuada distribución intrafamiliar de alimentos.
- ✓ Adecuada prevención y control de las enfermedades (46).

1.4 Generalidades del programa recuperación nutricional con enfoque comunitario

El Programa de RNEC, es una modalidad de atención orientada al mejoramiento y/o recuperación de niños y niñas con desnutrición global y aguda, aguda severa y riesgo de desnutrición aguda, en donde se brinda atención nutricional, acompañamiento familiar y acciones de promoción de la salud y prevención de la enfermedad, a través de estrategias educativas y de la difusión y aplicación de las 13 prácticas claves, con la participación activa de la familia y la comunidad. Esta modalidad se desarrolla en el medio familiar y comunitario (47).

1.4.1 Población objeto de atención.

A continuación, se detalla la población que participó en el estudio:

- ✓ Niños y niñas menores de 2 años con peso bajo para la edad o desnutrición global entre -2DE y -3DE¹²
- ✓ Niños y niñas menores de 2 años con peso bajo para la edad o desnutrición global severa < 3DE.
- ✓ Niños y niñas menores de 5 años, con peso bajo para la talla o desnutrición aguda entre -2DE y -3DE.
- ✓ Niños y niñas menores de 5 años con desnutrición aguda severa <1DE o riesgo de desnutrición aguda, considerando un análisis de determinantes (47).

1.4.2 Priorización.

Se da prioridad para el ingreso a esta modalidad de atención, en su orden, a los niños y niñas menores de 5 años con desnutrición aguda severa y desnutrición aguda; y niños y niñas menores de 2 años con desnutrición global (48).

1.4.3 Característica del servicio.

Las características a considerar se detallan de la siguiente manera:

- ✓ *Tiempo de funcionamiento.* La modalidad RNEC, funciona los 12 meses del año y permite la permanencia de los niños y niñas con desnutrición o con riesgo de desnutrición durante 6 meses (49).

- ✓ *Número de usuarios.* El número de usuarios de la modalidad RNEC, corresponde a 120 niños y niñas cada 6 meses, es decir 240 al año (50).
- ✓ *Tiempo de permanencia de los beneficiarios.* El tiempo de permanencia del niño o niña en la modalidad es de 6 meses (51).

1.4.4 Componentes para la prestación del servicio.

Para el desarrollo de la modalidad RNEC, se tienen en cuenta los siguientes componentes (52):

- ✓ Acción en la promoción y mantenimiento de la salud. de. Este componente lo lidera el profesional de enfermería; tanto en acciones educativas para el equipo RNEC, como grupales con las familias beneficiarias.
- ✓ Atención Nutricional: este componente lo lidera el profesional en nutrición y dietética, en el suministro de alimentación y el seguimiento del estado nutricional.
- ✓ Atención social y familiar: este componente lo lidera el profesional social para la atención de las familias de los niños y niñas y se basan en las etapas del modelo solidario.
- ✓ Atención para el fortalecimiento de los medios de producción familiar: este componente tiene por objeto realizar acciones encaminadas a aumentar la producción local de alimentos para el autoconsumo y en un futuro para la generación de excedentes.
- ✓ Atención comunitaria: la atención de los gestores/as comunitarios se centrará en la atención individual del niño y niña con desnutrición y el trabajo familiar.
- ✓ Reporte sistematizado de información. cuenta con un perfil digitador, quien será el encargado del reporte de información al sistema definido, para realizar los seguimientos desde diferentes niveles del ICBF.
- ✓ Plan de atención individual: se debe elaborar durante el primer mes de ingreso a la modalidad y podrá ser ajustado de acuerdo con las circunstancias encontradas en el seguimiento de cada profesional y gestor.
- ✓ Criterios de egreso:
 - El niño o niña que, cumpliendo los 6 meses de atención, mejore su estado nutricional
 - Que cuente con un análisis de las condiciones del hogar y se hayan logrado modificaciones y compromisos familiares

- Que se cuente con la responsabilidad de las familias para mantener el cumplimiento de los compromisos
- Se presente el traslado del beneficiario y su familia a otro municipio.

1.4.4.1 Ambientes adecuados y seguros.

El desarrollo de la modalidad de RNEC, se llevará a cabo en el entorno familiar y comunitario con participación activa de los beneficiarios, sus familias y la comunidad en general (53).

Estos ambientes, deben constar de una infraestructura en un espacio físico apropiado, con un plan de contingencia ante posibles casos de emergencia y que al mismo tiempo cuente con la dotación adecuada con aparatos e instrumentos necesarios para los controles de crecimiento en los niños y, además, contemplar una parte del presupuesto para el mantenimiento e estos aparatos.

2.4.4.2 Talento humano.

Para la prestación de un servicio eficiente, el programa RNEC, debe contar con un grupo de profesionales capacitados y con experiencia en áreas como nutrición y dietética, enfermería, área social, agrónomos, gestores comunitarios y digitadores (54).

2.4.4.3 Sistema de gestión.

La implementación, ejecución y control de este mecanismo de acción, permitirá brindar garantías en cuanto a la calidad y la efectividad de los servicios prestados a los niños que se benefician con este programa, en actividades como los registros y soportes de atención, las asistencias técnicas, y los aspectos relacionados con calidad, seguridad y salud ocupacional, ambiental y seguridad en la información (55).

1.4.4.4 Enfoque diferencial.

Teniendo en cuenta las necesidades de esta población, se realizarán actividades como: hacer un diagnóstico sobre los aspectos políticos, sociales y culturales de estas comunidades, diseñar y concertar la preparación de la ración a ofrecer, investigar sobre preparaciones tradicionales, adaptar los materiales pedagógicos, metodológicos y el lenguaje, a la idiosincrasia de la población, concertar con las autoridades los espacios de reunión grupal y comunitaria, constituir espacios de supervisión y monitoreo entre las partes y la contratación

de profesionales, técnicos y personal de apoyo, oriundos de la localidad (56).

1.4.4.5 Sistema de Información.

El sistema de información *Cuéntame* incluye, además del módulo para el ingreso de la información del beneficiario, otro para ingresar la información antropométrica y realizar el procesamiento y análisis de la información de manera individual, e incluir otra información transversal que permita una complementariedad del registro (57).

1.4.4.6 Participación y corresponsabilidad.

Teniendo en cuenta la magnitud y la multicausalidad de la desnutrición, para llevar a cabo la ejecución del programa de RNEC, cabe anotar que los actores involucrados son: los entes territoriales, la comunidad, la familia (58).

1.5 Actividades de intervención para el fortalecimiento alimentario en la modalidad RNEC

Dentro de las tareas que se llevan a cabo para lograr las metas del programa, están la implementación de hábitos de higiene y las adecuadas prácticas en la manipulación de alimentos en las bodegas y sitios de almacenamiento del ICBF, así como también se tiene especial cuidado con las condiciones mínimas del sitio donde se almacenarán las raciones alimentarias, aspectos que son los contenidos en el documento “Guía sobre buenas prácticas de manipulación de alimentos en las bodegas y sitios de almacenamiento ICBF”.

1.5.1 Manipulación de alimentos.

Al realizar las operaciones de manipulación, se debe tener en cuenta factores de manejo que son fundamentales para evitar el deterioro o daño de los alimentos y así garantizar la calidad de los productos a los consumidores. Estos factores de manejo son:

- ✓ Sanidad alimentaria. Los alimentos deben mantenerse sanos, frescos y aptos para consumo humano
- ✓ Control sanitario. Comprende la higiene de los alimentos, el control de aseo de equipos, utensilios, sitios de almacenamiento e higiene personal (59).

1.5.2 Almacenamiento de los alimentos.

Los principales objetivos del mantenimiento son conservar los alimentos seguros, limpios y secos, y para lograrlo se requiere que los sitios de almacenamiento cumplan con ciertas características físicas y de la aplicación de medidas preventivas y medidas correctivas. De acuerdo con las cantidades, tipos y movimientos de alimentos cuando sea posible y de acuerdo a la naturaleza del sitio deben realizarse demarcaciones en el piso para organizar la disposición de los arrumes de los productos (60).

Las acciones preventivas, tienden a impedir que las plagas y la contaminación de microorganismos, se pongan en contacto con los alimentos, dañándolos y haciéndolos inaceptables para el consumo humano. Mientras que las acciones correctivas, durante el almacenamiento, se comienzan a desarrollar cuando se detecta por medio de muestreo que los alimentos están infestados, o están en riesgos de contaminación (61).

1.5.3 Control de calidad.

Para controlar los factores que afectan la calidad de los productos, se deben aplicar técnicas de control de calidad a nivel de bodega, como hacer un muestreo eficiente, realizar un análisis de tipo sensorial y a nivel de laboratorio, los análisis de tipo microbiológico y químico, todos estos procedimientos deben realizarse, para en un momento dado; aceptar o rechazar un producto (61).

1.5.4 Manejo de la bodega.

Un adecuado manejo de la bodega debe basarse en:

- ✓ Capacitación constante de personal que tiene a su cargo el manejo.
- ✓ El tamaño del sitio de almacenamiento debe estar en relación a la cantidad de alimentos que se manejan.
- ✓ Mantener un plan de limpieza y desinfección del entorno, infraestructura y equipos.
- ✓ Manejar programas de prevención sobre la presencia de plagas
- ✓ Mantener registros escritos de todos los procesos que se llevan a cabo en la bodega.

El manejo de residuos debe realizarse por parte de la autoridad ambiental correspondiente (61).

1.6 Factores que favorecen la lactancia materna

En la comprensión de lo que es la lactancia materna y los avances o limitaciones de las acciones de promoción, protección y apoyo, es necesario reconocer los factores que la favorecen estos son (62):

✓ Factores Culturales.

Crear una mayor conciencia de la importancia de los correctos hábitos de alimentación para los menores de dos años.

✓ Factores Sociales.

Las políticas que impulsan la lactancia materna contribuyen al mejoramiento de las condiciones de vida de las personas en el presente y en el futuro.

✓ Factores Económicos.

La lactancia materna favorece las condiciones económicas de las familias, pues permite el ahorro en el hogar cuando no se realizan compras de alimentos sucedáneos de la leche materna. Adicionalmente, al largo plazo los beneficios son mayores, pues no se incurre en muchos gastos en salud, se propicia el crecimiento y desarrollo de las personas, lo que en consecuencia aumenta sus posibilidades de capacitación y de ocuparse laboralmente.

✓ Factores Laborales.

Se han realizado en los últimos años, reformas a leyes con el fin de apoyar a aquellas mujeres que trabajan y están amamantando a sus bebés.

✓ Factores Familiares.

Mejoran considerablemente las relaciones entre los miembros del grupo familiar, pues propicia las relaciones afectivas.

✓ Factores Individuales.

Las madres pueden aumentar su autoestima, al ser conscientes del papel que desempeñan al darle la posibilidad al bebé de tener la mejor alimentación posible y poder satisfacer ampliamente sus necesidades

1.7 La alimentación complementaria: Alimentación balanceada en el hogar y aprovechamiento de los Alimentos de la Ración para Preparar (RPP)

La ración para preparar (RPP), está dirigida a la población ubicada en área rural dispersa o en zonas rurales o urbanas concentradas donde no exista infraestructura para la preparación de alimentos, se deben aplicar adecuadas prácticas de almacenamiento individual, conformación de ración, transporte y distribución, para evitar cualquier tipo de pérdida, ruptura o contaminación cruzadas de alimentos (63).

Una ingesta adecuada de alimentos en cantidad y calidad, lleva al niño o la niña a un buen estado de salud, lo que, a su vez redunda en mayor resistencia a las infecciones y a las enfermedades comunes. Algunos de los factores que intervienen en una adecuada utilización de las raciones para preparar en el niño, influyen en (63):

- ✓ El estado de salud del niño o la niña.
- ✓ La educación en salud y en nutrición de los familiares y/o cuidadores.
- ✓ La existencia de servicios de salud.
- ✓ El acceso al agua.
- ✓ El saneamiento básico del medio.

1.8 Estrategia vivienda saludable

La estrategia vivienda saludable, busca mejorar las condiciones de la vivienda y con ello, mejorar las condiciones de salud de quienes la habitan, pues existe una estrecha relación entre las condiciones de la vivienda y la salud física, mental y social de sus ocupantes. La estrategia de vivienda saludable promueve:

- ✓ Que todas las personas que integran la familia gocen de buena salud.
- ✓ Que las familias identifiquen y mantengan hábitos saludables.
- ✓ Que las familias disminuyan los riesgos presentes en la vivienda y el entorno inmediato (64).

1.8.1 Higiene en la vivienda.

La vivienda debe mantenerse limpia y ordenada, para hacer de ella un lugar agradable donde vivir. Los espacios de la vivienda deben mantenerse limpios, iluminados, ventilados, libre de mosquitos y

zancudos. Es importante que alrededor de la vivienda, se tomen medidas para mantener aseado y sin basura el entorno (64).

1.8.2 Almacenamiento y conservación de los alimentos en la vivienda.

Para reconocer el buen estado de los alimentos y conservarlos apropiadamente es importante que:

- ✓ Se compren alimentos sanos, sin rastro de golpes o mordeduras de animales.
- ✓ Manipular con cuidado los alimentos, almacenarlos y conservarlos en recipientes limpios, secos y con tapa.
- ✓ Mantener siempre limpia la nevera.
- ✓ Mantener los estantes donde se almacenan los alimentos, limpios.
- ✓ Consumir los alimentos recién preparados y no guardarlos por mucho tiempo después de su preparación.
- ✓ Revisar las fechas de vencimiento de los alimentos comprados o preparados en casa y en los alrededores de la vivienda, tomar medidas para mantener aseado y sin basuras el entorno (64).

1.8.3 Higiene en la preparación de los alimentos.

La preparación de los alimentos, requiere de importantes hábitos de higiene para:

- ✓ Evitar enfermedades.
- ✓ Mantener limpia la superficie donde se preparan los alimentos.
- ✓ Lavar cuidadosamente los ingredientes durante la preparación de los alimentos.
- ✓ Cocinar bien y completamente cada alimento.
- ✓ Mantener los alimentos tapados y protegidos de insectos y roedores.
- ✓ Separar los alimentos crudos de los cocinados (60).

2. OBJETIVOS

2.1 Objetivo General

Determinar las creencias y prácticas de los cuidadores de niños y niñas hacia las intervenciones proporcionadas por el RNEC La Boquilla-Cartagena, 2016.

2.2 Objetivos Específicos

- ✓ Caracterizar los aspectos sociodemográficos de los cuidadores (sexo, parentesco, edad, número de hijos, características sociales, nivel educativo), durante el segundo periodo del 2016.
- ✓ Relacionar las creencias en alimentación con los aspectos sociodemográficos de los cuidadores de los niños y niñas beneficiarios de las intervenciones proporcionadas por el RNEC La Boquilla-Cartagena, 2016.
- ✓ Estudiar la relación entre las prácticas alimentarias con los aspectos sociodemográficos de los cuidadores de los niños y niñas beneficiarios de las intervenciones proporcionadas por el RNEC La Boquilla-Cartagena, 2016.

3. MATERIALES Y MÉTODOS

3.1 Tipo de estudio

La presente investigación se desarrolló con una orientación de tipo descriptivo transversal, a partir del levantamiento de información correspondiente a cuidadores que participan en el programa RNEC en La Boquilla-Cartagena. Este diseño combinó diversas fuentes y técnicas de investigación, que permitieron caracterizar aspectos sociodemográficos de las familias, así como sus creencias y prácticas alimentarias. Las fuentes de observación y análisis fueron de tipo primaria, (Directamente de los padres de familia). El trabajo se ejecutó con el apoyo de gestores comunitarios y líderes del corregimiento, y se coordinó mediante la ejecución de un cronograma previamente diseñado.

3.2 Población y muestra

La población estudiada estuvo conformada por todos los cuidadores de los niños y niñas beneficiados del programa RNEC – La Boquilla que suman un total de 55 personas. La muestra fue el 100% de la población que cumplen los criterios de inclusión y exclusión.

3.3 Criterios investigativos

3.3.1 Criterio de inclusión.

Cuidadores de los niños y niñas beneficiarios del programa RNEC – La Boquilla, que aceptaron participar en la encuesta y que, además, firmaron el consentimiento informado.

3.3.2 Criterios de exclusión.

- ✓ Cuidadores de niños y niñas que se encuentren con edades mayores a 6 años.
- ✓ Cuidadores de niños y niñas que se encuentren con enfermedad metabólica congénita; enfermedades crónicas diagnosticadas que pudieran asociarse con el deterioro nutricional como cardiopatías congénitas, enfermedad renal, parálisis cerebral, alteraciones neurológicas, y enfermedades que requieran una alimentación específica.

3.4 Instrumento

Se utilizó la técnica de la entrevista semiestructurada

Como instrumento de recolección, se utilizó el cuestionario del modelo CAP, este documento es un extracto de la publicación de la FAO (Organización de las Naciones Unidas para alimentación y la Agricultura) (65) y se llevó a cabo, contando previamente con el consentimiento informado de las madres y/o cuidadores de los niños y niñas beneficiarios del programa RNEC.

3.5 Variables de estudio

3.5.1 Macrovariables.

Se establecieron en este apartado las siguientes:

- ✓ Características sociodemográficas.
- ✓ Creencias Alimentarias: Lactancia continuada con alimentaciones complementarias de niños (as) mayores de 6 meses (Meses de ingesta de Lactancia Materna y Edad inicio de Alimentación complementaria).
- ✓ Prácticas Alimentarias: Diversidad de los alimentos, Frecuencias de las comidas e Introducción de líquidos, Proyectos productivos huertas comunitarias (familiares).

3.5.2 Variables independientes.

Se determinaron seis variables sociodemográficas así:

- ✓ Sexo del familiar y/o cuidador del niño(a): se refiere a aquella condición de tipo orgánica, que diferencia al hombre de la mujer en el caso de los seres humanos. Esta variable solo admite dos valores: femenino y masculino y corresponde al tipo nominal.
- ✓ Parentesco: hace alusión a los lazos consanguíneos o no consanguíneos que unen al familiar y/o cuidador con los niños (as). Esta variable es de naturaleza nominal, y los valores de esta variable, se determinarán como madre, padre, abuela (o) y otros.
- ✓ Edad del familiar y/o cuidador del niño (a): está referida a la del familiar y/o cuidador, desde su creación hasta al momento de la recolección de la información. La naturaleza de esta variable es cuantitativa.
- ✓ Número de Embarazos: también llamado nacimientos, es la culminación del embarazo humano, hasta el periodo de salida del

bebé del útero. La naturaleza de esta variable es discreta y está valorada en 1, 2 3 y más de 3 hijos.

- ✓ Procedencia geográfica: esta variable es nominal y apunta al lugar de origen de una persona, en este sentido puede asociarse a su tierra natal.
- ✓ Nivel educativo: se refiere a las cinco etapas o estados que se dan en la educación en Colombia, el inicial, el preescolar, la educación básica, la educación media y, por último, el nivel superior; esta variable es de naturaleza discreta.
- ✓ Número de miembros familiares: el objetivo de esta variable es conocer sobre el número de personas que habitan en el hogar, esta categoría incluye a niños y adultos.

3.5.3 Variables dependientes relacionadas.

Se citan seguidamente los ítems citados:

Creencias alimentarias:

- ✓ Meses de ingesta de lactancia materna.
- ✓ Edad inicio de alimentación complementaria.

Prácticas alimenticias:

- ✓ Tipo y frecuencia de comidas.
- ✓ Introducción de líquidos
- ✓ Proyectos Productivos y Huertas Caseras.

3.6 Factores determinantes con respecto a las creencias y prácticas de alimentación de los cuidadores en las intervenciones proporcionadas por el programa RNEC

3.6.1 Lactancia continúa.

Se refiere a aquella alimentación, cuya duración es superior a seis meses de edad y que se complementa con la oferta de alimentos y líquidos o bien se da, como alimentación complementaria de niños (as) mayor de 6 meses. Esta variable es de naturaleza nominal, la cual contempla: edad, inicio de la alimentación complementaria, motivos para dar alimentos complementarios a los 6 meses, consistencia de las comidas, motivo de consistencia de las comidas,

diversidad de la dieta y manera de enriquecer la papilla, alimentar motivando.

3.6.2 Inocuidad de los Alimentos.

Es el conjunto de condiciones y medidas necesarias, durante la producción, almacenamiento, distribución y preparación de alimentos, para asegurar que una vez ingeridos, no representen riesgo para la salud, es de naturaleza nominal y contiene las variables: separación de alimentos crudos y cocidos, cocción completa, conservación de alimentos perecederos, manejo de sobras de alimentos y lavado de verduras y frutas.

3.6.3 Proyectos productivos.

En este caso, se refiere a las huertas comunitarias-familiares; que no son otra cosa más, que un estudio de suelo que se realiza en terreno pequeño, donde se cultivan hortalizas para consumo de la comunidad y usualmente funciona en terrenos disponibles dentro de la misma, esta variable es de naturaleza nominal, abierta y dicotómica y contiene estas características: información de la vivienda, número de habitantes de la vivienda, existencia de servicios públicos básicos, información económica e información social de huertas comunitarias-familiares.

3.7 Fuentes de información

A continuación, se citan las fuentes de información consideradas durante el proceso investigativo.

Figura 1. Fuentes de información



3.8 Procedimientos de recolección

Fase 1. Formación del personal.

Para el proceso de estandarización de la información y datos, se realizó una capacitación al personal para aplicación de la encuesta y de esta manera, tener un proceso homogéneo para evitar posibles sesgos, teniendo la ventaja de que se cuenta con personal con amplia experiencia (gestores comunitarios SAN (Seguridad Alimentaria y Nutricional) y que actualmente, se encuentran laborando en el programa RNEC. El tiempo estimado para realizar las sesiones de capacitación, son 15 días, cada sesión durará aproximadamente 4 horas.

Fase 2. Sensibilización y firma del consentimiento informado.

Previo a la aplicación de encuestas, se realizó una sensibilización hacia los padres de familia explicándoles el proyecto y entregándoles el consentimiento informado el cual fue leído, y aquellos que tenía problemas con la lectura le consultaron al personal dispuesto para ellos. Se recibieron los consentimientos debidamente firmados y fechados por los padres de familia.

Fase 3. Aplicación del cuestionario.

Se citaron a los padres y/o cuidadores de niños y niñas intervenidos por el RNEC-La Boquilla, quienes aceptaron participar en el proyecto, de acuerdo a su disponibilidad de tiempo. Estas personas, fueron distribuidas en 3 grupos, los dos primeros con 20 integrantes y el tercer con 15, para un total de 55 padres de familia, que asistieron para la aplicación del cuestionario.

Fase 4. Solución de dudas e inquietudes.

Durante las sesiones, se resolvieron dudas e inquietudes acerca del instrumento utilizado, teniendo en cuenta que no debe quedar ninguna pregunta sin contestar. Este proceso se realizó en un tiempo estimado de 1,5 meses.

3.9 Tratamiento de datos y procesamiento de la información

✓ Se utilizó la información, a través de una base de datos, diseñada en SPSS versión 23.

- ✓ Se realizó la verificación para el procesamiento de los mismos, posteriormente se importaron los datos hacia el software de SPSS versión 23, para su posterior análisis.
- ✓ Se describió la información recopilada, sistematizada y analizada y se presentó a partir de tablas y gráficos acordes con la naturaleza de las variables.
- ✓ Se describieron los resultados, según el cumplimiento del proceso investigativo.

3.10 Estrategia de análisis

Análisis cuali-cuantitativo.

El análisis descriptivo, se realizó para la muestra correspondiente a los cuidadores de los niños y niñas intervenidos por el programa RNEC-La Boquilla, asimismo; se analizaron las creencias y prácticas de alimentación de los cuidadores de los niños y niñas referenciados anteriormente. Para las variables, se empleó la prueba de Chi Cuadrado, solo para determinar las variables de relación, P de Independencia. Para análisis se utilizaron medidas de tendencia central, Mo-Me-RI-M Este análisis se realizó con el software SPSS, versión 23.

Variables cualitativas	Variables cuantitativas
Frecuencia, % e IC (95%)	Me, RI , Mo, M
Diferencia de proporciones, P de Independencia (Chi-cuadrado)	

4. ASPECTOS ÉTICOS

El presente estudio, se basó para su elaboración en la resolución N° 008430 de 1993, por la cual se establecen las normas científicas, técnicas y administrativas para la investigación en salud.

El cual posee **riesgos mínimos asociados** vigentes en Colombia que ampara las investigaciones realizadas a seres humanos. Art 5 y 6 acerca de que toda investigación en la que el ser humano sea sujeto de estudio, deberá prevalecer el criterio del respeto a su dignidad y la protección de sus derechos y su bienestar. Previo consentimiento Informado y por escrito del sujeto de investigación o su representante legal con las excepciones dispuestas en la presente resolución.

Además también se basa en la declaración de Singapur (66) sobre la Integridad en la Investigación, donde se tienen en cuenta ciertas responsabilidades como la integridad del investigador, el cumplimiento y seguimiento de las normas con el fin de tener riesgos mínimos en la investigación para cumplir a cabalidad con los objetivos planteados.

El proyecto *Creencias y prácticas de alimentación de los cuidadores de niños y niñas, hacia las intervenciones proporcionadas por el programa de recuperación nutricional con enfoque comunitario RNEC La Boquilla–Cartagena, 2016*, fue aprobado por el Comité de Ética en Investigación en el área de La Salud de la Universidad Del Norte, con fecha 29 de septiembre de 2016, legalizada según acta Número 148 por el consenso de sus miembros.

5. RESULTADOS Y ANÁLISIS DE RESULTADOS

En el presente capítulo, se exponen los principales hallazgos de la investigación. Estos están divididos en una primera sección, correspondiente al análisis univariado, en donde se realiza la caracterización mediante tablas de frecuencia, porcentajes y gráficos de barras, que dan respuesta al objetivo específico 1 ; y una segunda sección, en donde se realiza un análisis bivariado, a fin de determinar relaciones establecidas en el objetivo específico 2 y 3 y por último la sección una tercera sección, en donde se analizan las prácticas alimentarias de las familias. Las variables que conforman el presente análisis, corresponden a elementos sociodemográficos, creencias y prácticas alimentarias de los cuidadores del programa RNEC y sus respectivas subvariables, tal como se muestra en la figura 2.

Figura 2. Variables sociodemográficas, creencias y prácticas alimentarias

SOCIODEMOGRÁFICAS	CREENCIAS ALIMENTICAS	PRACTICAS ALIMENTARIAS
<ul style="list-style-type: none"> * Primer embarazo * Sexo * Edad en meses del niño * Número de hijos * Nivel educativo * Procedencia geográfica * Edad del familiar cuidador * Parentesco * Número de miembros familiares 	<ul style="list-style-type: none"> * Meses de ingesta de lactancia materna * Edad inicio de alimentación complementaria 	<ul style="list-style-type: none"> *Diversidad alimentaria *Frecuencias de las comidas *Introducción de líquidos *Proyectos Productivos :Huertas Caseras

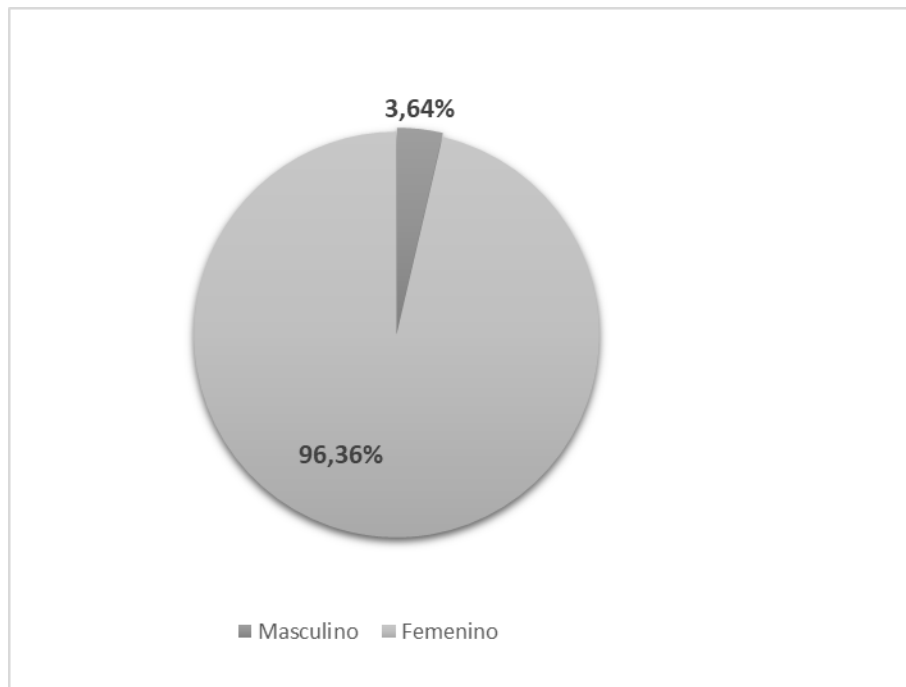
5.1. Análisis univariado

5.1.1. Cuidadores

Dentro de las personas cuidadoras de niños, la madre ocupa el primer lugar con 90,9%(n = 50); el 21,8% (n = 12) afirma ser su primer embarazo. Por otra parte, el nivel de escolaridad en las madres encuestadas es del 87,2% sin embargo, el nivel máximo alcanzado, es de primaria y secundaria con un 81,8% (n = 45). La religión que más se practica en los encuestados es la católica con 47% (n = 26), seguida de la cristiana con 32,7% (n = 18). La mayoría

de los encuestados proviene de La Boquilla, con un 46,3% (n = 25) y Cartagena representando un 24,1 (n = 13)%, se evidencia que la mayoría de los cuidadores corresponden al sexo femenino con un 96,36% (n = 53) (figura 4) (tabla 1).

Figura 3. Sexo de los cuidadores o responsables



Fuente: Base de datos estudio CREE

Tabla 1. Características de la madre cuidadora

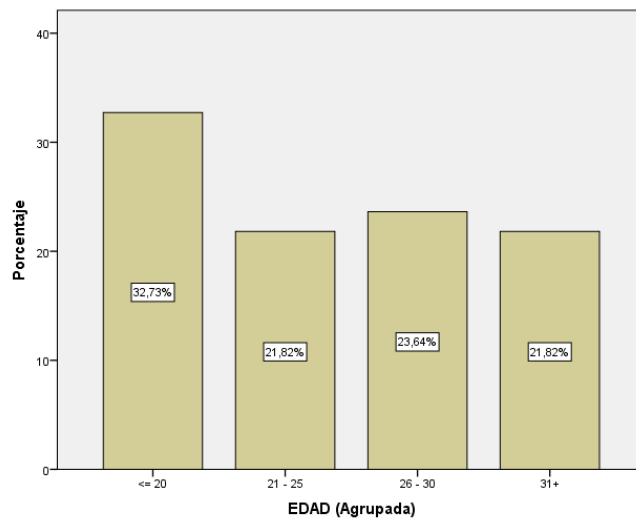
		Frecuencia	%
Escolarizado	Si	48	87,2
	No	7	12,7
Nivel máximo de estudios	Primaria	26	47,3%
	Secundaria	19	34,5%
	Técnico / tecnólogo	4	7,3%
	Superior	0	0,0%
	Ninguno	6	10,9%

Tipo de religión	Católica	26	47%
	Cristiana	18	32,7%
	Testigos de Jehová	2	3,6%
	Otros	9	16,4%
Primer embarazo	Si	12	21,8%
	No	39	70,9%
	N/A	4	7,3%
Lugar de Origen	Boquilla	25	46,3%
	Cartagena	13	24,1%
	Barranquilla	4	7,4%
	Otros	13	23,0%

Fuente: Base de datos estudio CREE

Respecto a la edad de los cuidadores responsables, puede determinarse que el 32,73% de estas son menores de 20 años (figura 4)

Figura 4. Edad de cuidadores responsables



Fuente: Base de datos estudio CREE

Además el grupo de cuidadores encuestados presenta una edad media de 26 años, el 50% de estos tiene menos de 25 años. Las edades de los cuidadores oscilan entre los 16 años y 51 años.

Tabla 2. Estadísticos descriptivos para edad de cuidadores

	Media	Desviación estándar	Rango
Edad	26,24	7,993	35

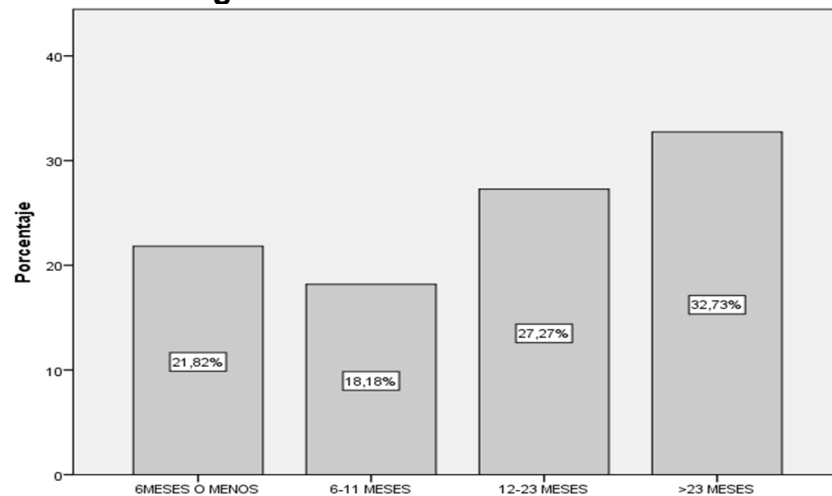
5.1.3. Meses de ingesta de lactancia materna.

La mayor proporción de meses de ingesta de lactancia materna, se encuentra en el rango mayor a 23 meses (32,70%; n= 18). El 40% (n= 22) de las madres dan menos de 12 meses de lactancia, mientras que el 60% (n = 33) si lo hace.

Tabla 3. Población estudiada según meses de ingesta de lactancia

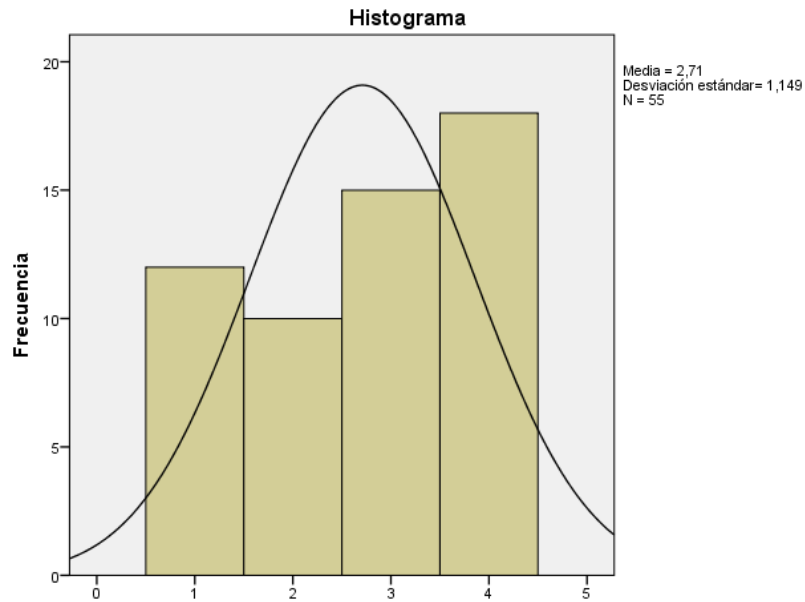
	Frecuencia	Porcentaje
6 meses o menos	12	21,8
6-11 meses	10	18,2
12-23 meses	15	27,3
>23 meses	18	32,7

Fuente: Base de datos estudio CREE.

Figura 5. Meses de ingesta de lactancia materna

Fuente: Base de datos estudio CREE

Figura 6. Distribución de los meses de ingesta de lactancia materna



Fuente: Base de datos estudio CREE

5.1.4. Edad de inicio de alimentación complementaria

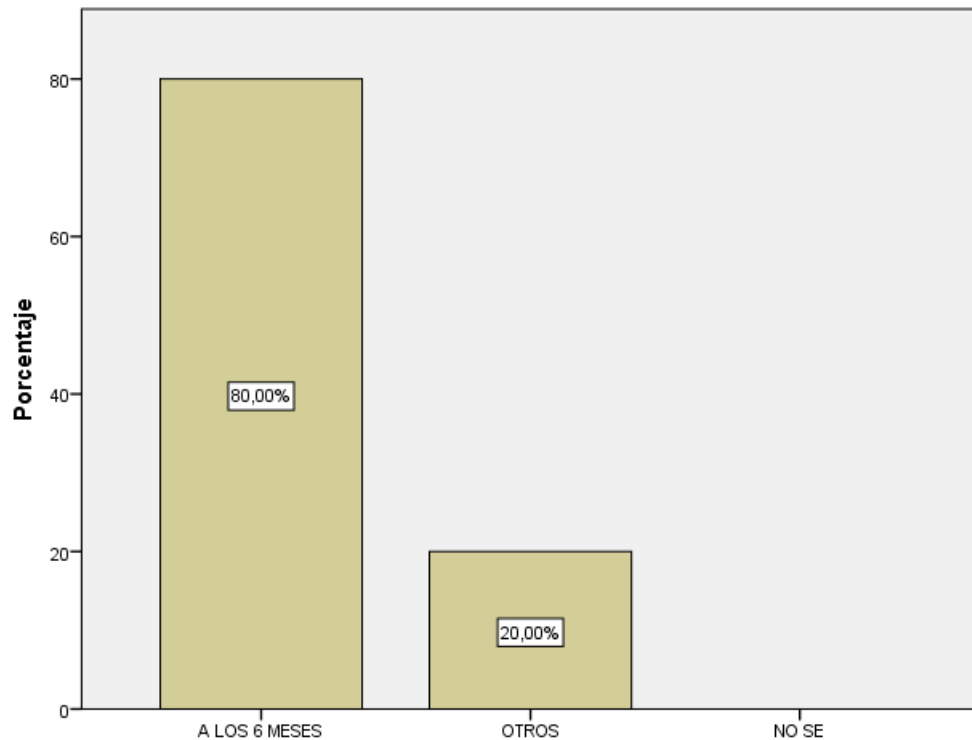
La mayoría de los cuidadores (80%; n= 44), inician la alimentación complementaria a los 6 meses de edad, (Ver tabla 9).

Tabla 4. Edad inicio de alimentación complementaria

	Frecuencia	Porcentaje
A los 6 meses	44	80,0
Más de 6 Meses	11	20,0
Total	55	100,0

Fuente: Base de datos estudio CREE

Figura 7. Edad inicio de alimentación complementaria



Fuente: Base de datos estudio CREE

5.2. Análisis Bivariado

Los parámetros utilizados para los contrastes de hipótesis, fueron establecidos en un 95% de confianza con un nivel de significancia estadística de 0,05 y se utilizó la prueba Chi Cuadrado. Por otra parte, para determinar si existe alguna relación entre la edad del niño y los meses de ingesta de lactancia materna, se realizó una tabla de contingencia, en ella, hubo la necesidad de agrupar la variable *edad del niño* en dos categorías. Puesto que el agrupamiento inicial de la variable edad, fue mediante los cuartiles, se escogió la mediana de la edad (Q_2) para realizar el punto de corte (36 meses). Proporcionalmente se puede observar que, los niños menores a 36 meses tienden a tener mayor número de meses de ingesta de lactancia materna con un 21,8% ($n = 12$).

Tabla 5. Edad en meses del niño y meses de ingesta lactancia

		Meses de ingesta lactancia								P valor
		6 meses o menos		6-11 meses		12-23 meses		>23 meses		
		N	%	N	%	N	%	N	%	
Edad en meses del niño (agrupado)	<= 36	7	12,7	7	12,7	9	16,4	12	21,8	0,924
	37+	5	9,1	3	5,5	6	10,9	6	10,9	

Fuente: Base de datos estudio CREE

Para determinar si existe alguna relación entre los meses de ingesta de lactancia y la edad en meses del niño, se realizó la prueba Chi Cuadrado, en donde se evidencia que no existe ningún tipo de relación significativa entre estas variables con un p valor de 0,924, es decir, los meses de ingesta de lactancia no tienen que ver con la edad del niño y es totalmente independiente, se esperaría que niños mayores tengan menos meses de ingesta de lactancia, sin embargo esto no se evidenció. Con respecto a la relación entre la edad de los cuidadores y edad de inicio de alimentación complementaria (Ver tabla 7), se observó que la mayor proporción se encuentra en cuidadores menores de 20 años que inician la alimentación complementaria a los 6 meses con un 25,5% (n = 14).

Tabla 6. Edad del cuidador y edad de inicio de alimentación complementaria

		Edad inicio alimentación				P valor
		A los 6 meses		Otros		
		N	%	N	%	
Edad (Agrupada)	<= 20	14	25,5	4	7,3	0,919
	21 - 25	10	18,2	2	3,6	
	26 - 30	11	20	2	3,6	
	31+	9	16,4	3	5,5	

Fuente: Base de datos estudio CREE

La prueba Chi Cuadrado indica que no existe ningún tipo de relación entre estas dos variables.

5.2.1. Primer embarazo y meses de lactancia.

Para profundizar el análisis de las creencias alimentarias, se indagó sobre si existe alguna influencia si la madre es multípara o primeriza en los meses de lactancia que se da al niño, para ello se utilizó la prueba Fisher. Por esta razón, se decidió potenciar la prueba y se recategorizó la variable meses de ingesta en dos categorías con punto de corte en 12 meses, con esto se logró solo un 25% de las casillas con valores esperados menores a 5. Se descartó la categoría N/A en la variable *primer embarazo* pues contenía muy pocos datos los cuales distorsionaban los análisis.

Tabla 7. Primer embarazo y meses de ingesta de lactancia materna

		Meses de ingesta				P valor
		< 12 meses		=> 12 meses		
		N	%	N	%	
Primer embarazo	Si	8	66,7	4	33,3	0,016
	No	11	28,2	28	71,8	

Fuente: Base de datos estudio CREE

En las madres que manifestaron primer embarazo, los meses de ingesta representan un 66,7% (n=8) mientras que en aquellas madres que han tenido más de un embarazo la proporción más importante es en la categoría mayor a 12 meses con un 71,8% (n= 28). Esto indica que las madres primerizas dan menos lactancia y las multíparas están dispuestas a dar un mayor número de meses de ingesta de lactancia materna. Esta relación es estadísticamente significativa (p-valor significativo de 0,016).

5.2.2. Sexo del niño y Meses de ingesta de lactancia materna

De acuerdo a los resultados, las niñas tienen mayores meses de ingesta de lactancia materna con un 20% (n= 20) del total en las categorías de 12 a 23 meses y mayor a 23 meses. Por otro lado, la categoría más representativa del sexo masculino se encuentra de 6 a 11 meses con 16,4% (n= 9). Para determinar si existe alguna relación

entre estas variables se aplicó la prueba Chi Cuadrado, obteniéndose los siguientes resultados.

Tabla 8. Sexo del niño y mese de ingesta de lactancia materna

	Meses ingesta lactancia								P Valor
	6 meses o menos		6-11 meses		12-23 meses		>23 meses		
	n	%	n	%	n	%	n	%	
Niños	6	10,9	9	16,4	4	7,3	7	12,7	0,015
Niñas	6	10,9	1	1,8	11	20	11	20	

Fuente: Base de datos estudio CREE

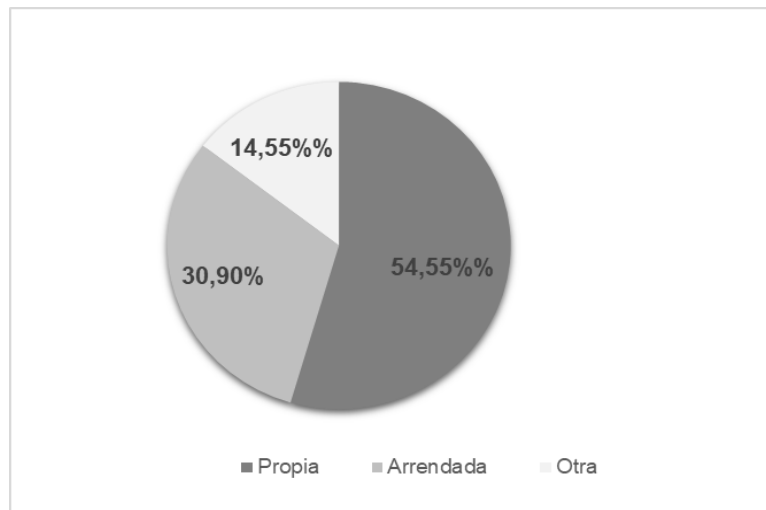
Los resultados de la prueba, indican que existe una relación estadísticamente significativa entre los meses de ingesta de lactancia materna y el género del niño, esta relación se evidencia con un P Valor de 0,015.

5.3. Prácticas alimentarias

En esta sección, se realiza una caracterización de las prácticas alimentarias en las familias, así como también se describe el tipo de vivienda, los hogares que tienen huerta, el número de comidas al día, el tipo y frecuencia de alimentos que consumen las familias y la alimentación en los niños según grupos de edad.

5.3.1. Tipo de vivienda

Figura 8. Tipo de vivienda del cuidador



Fuente: Base de datos estudio CREE

Se observa que solo el 54,55% de los cuidadores, cuenta con casa propia, el 30,91% está en vivienda arrendada, mientras que un porcentaje importante del 14,55% se ubica en la categoría de otros.

5.3.2. Hogares con huerta.

Apenas un 7,3% ($n = 4$) de los encuestados, manifestó dedicar tiempo a la huerta. Esto indica que la huerta no es una práctica común en las familias, sin embargo estaban dentro del instrumento d estudio.

Tabla 9. Población estudiada según dedicación tiempo al cultivo de huerta común

	Frecuencia	Porcentaje
No	51	92,7
Si	4	7,3
Total	55	100,0

Fuente: Base de datos estudio CREE

Se desea conocer si la condición de la vivienda, influye en que las familias tengan huerta o no; para esto se realizó un análisis bivariado, en el cual no se evidenció ninguna relación significativa (p valor = 0,604.)

Tabla 10. Dedicación de tiempo al cultivo de huerta común y tipo de vivienda

	Dedica tiempo a huerta común				P Valor
	Frecuencia	No	Frecuencia	Si	
Propia	27	49,10%	3	5,50%	0,604
Arrendada	16	29,10%	1	1,80%	
Otra	8	14,50%	0	0,00%	

Fuente: Base de datos estudio CREE

5.3.3. Número de comidas al día.

Se agrupó la variable *número de comidas al día* en tres grupos, menos de dos comidas, entre 3 y 4 comidas, y entre 5 y 6 comidas, con la finalidad de observar la proporción en las familias. Se encontró que el 7,3% (n = 4) de las familias, hacen menos de dos comidas al día, por su parte el 54,5% (n = 30), realiza entre 3 y 4 comidas diarias y por último, el 36,4% (n = 20) consume más de 5 comidas al día.

Tabla 11. Población estudiada según número de comidas al día

	Frecuencia	Porcentaje
No sabe	1	1,8
<= 2	4	7,3
Entre 3 y 4 comidas	30	54,5
Entre 5 y 6 comidas	20	36,4

Fuente: Base de datos estudio CREE

5.3.4. Tipo de alimento consumido por familias.

Se elaboró una tabla de frecuencias múltiple, con el tipo de comida que manifestaron los encuestados en donde se observa que la dieta principal se basa en granos (16,7%;n= 52), productos lácteos (14,7%; n = 46), carnes (12,8%;n = 40) y huevos (12,2%;n = 38) como las más representativas. Las categorías menos consumidas son las frutas con 9,3% (n= 29) y leguminosas (10,6%;n= 33).

Tabla 12. Frecuencia de comidas realizadas

	Respuestas	
	SI	NO
	N(%)	N(%)
G1 Granos(arroz y derivados)	53(96,4)	2(3,6)
G2 Leguminosas(frijoles, lentejas alverjas)	33(60)	22(40)
G3 Prod. Lácteos	47(85,5)	8(14,5)
G4 Carnes	41(74,5)	14(25,5)
G5 Huevos	38(69,1)	17(30,9)
G6 Frutas(amarillas) y verduras(hoja verde)	37 (67.3)	18(32.7)
G7 Otros alimentos	39(70,9)	16(29,1)
a. Grupo de dicotomía tabulado en el valor 1.		

Fuente: Base de datos estudio CREE

5.3.5. Tipo de alimentos según el número de comidas que realiza el grupo familiar.

En familias donde se realizan menos de dos comidas diarias, los alimentos más representativos son los granos (19%;n= 4), las carnes (19%;n= 4), las frutas y verduras (23,8%;n= 5) y los productos lácteos (14,3%;n= 3). En el grupo de familias que realizan entre 3 y 4 comida, resaltan los huevos como el tercer alimento en la lista con un 13,4% (n= 23), sin embargo; se mantiene la misma distribución respecto al primer grupo. En los que realizan entre 5 y 6 comidas hay mayor diversidad y uniformidad en las cantidades consumidas, aunque sigue resaltando los granos y los productos lácteos como principal alimento.

Tabla 13. Número de comidas consumidas y tipo de alimentos consumidos

	<= 2		Entre 3 y 4 comidas		Entre 5 y 6 comidas	
	n	%	n	%	n	%

G1 Granos(arroz y derivados)	4	19,00%	28	16,30%	20	16,80%
G2 Leguminosas(frijoles, lentejas alverjas)	1	4,80%	20	11,60%	12	10,10%
G3 Prod. Lácteos	3	14,30%	24	14,00%	19	16,00%
G4 Carnes	4	19,00%	22	12,80%	14	11,80%
G5 Huevos	2	9,50%	23	13,40%	13	10,90%
G6 Frutas(amarillas) y verduras(hoja verde)	5	23,80%	33	19,10%	27	22,70%
G7 Otros alim.	2	9,50%	22	12,80%	14	11,80%

Fuente: Base de datos estudio CREE

5.3.6. Alimentación en los niños.

De acuerdo a los datos muestreados, la alimentación de los niños se basa en líquidos (agua pura, bebidas de jugo), la cual conforma alrededor del 53%. Lo que menos se consume es la papilla con apenas un 9% (n = 5) Destacando el hecho de que existen practicas externas a la lactancia continuada.

Tabla 14. Frecuencia de Introduccion de liquidos a niños

	Respuestas	
	SI	NO
	N (%)	N(%)
Agua pura	44(80)	11(20)
Formula infantil	10(19,2)	45(81,8)
Leche en polvo	35(63,6)	20(36,4)
Bebidas de jugo	47(85,5)	8(14,5)
Caldo claro	19(34,5)	36(65,5)
Yogurt	27(49,1)	28(50,1)
Papilla	5(9,1)	50(90.0)
a. Grupo de dicotomía tabulado en el valor 1.		

Fuente: Base de datos estudio CREE

5.3.7. Alimentación de niños según grupo de edad.

Se dividió la edad de niño en cuartiles, para cruzarlos con la alimentación que el cuidador manifiesta. Los niños menores de dos años (24 meses) consumen cerca del 50% (n = 40) en bebidas de jugo y agua pura, el alimento que menos consumen es la papilla con

80% (n = 4). En niños entre 25 – 36 meses el agua y los jugos representan cerca del 57% (n = 15) y la fórmula infantil es la menos representativa con 3,8%, la papilla ya no está presente en la dieta. En los niños entre 37 – 48 meses resalta el yogurt como principal alimento con un 27,3% (n = 6) y el alimento menos consumido esta vez es el caldo claro con 4,5% (n = 1). En niños mayores a 48 meses la leche enlatada o en polvo pasa a ser un elemento que se incluye en la dieta con un 18,9% (n = 7) , además de los representativos: agua pura y bebidas de jugo, que están alrededor de 56% (n = 21). Se observa que la fórmula y la papilla se incluyen en la dieta pero son los menos representativos con 2,7% (n = 1) cada uno.

Tabla 15. Edad en meses del niño y tipo de alimentos que ingesta

	<= 24		25 – 36		37 - 48		49+	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Agua pura	19	44,1%	8	18,6%	6	13,9%	10	23,2%
Formula infantil	8	80%	1	10%	0	0,0%	1	10%
Leche en polvo	7	36,8%	3	15,7%	2	10,5%	7	36,8%
Bebidas de jugo	21	45,6%	7	15,2%	7	15,2%	11	23,9%
Caldo claro	12	66,6%	3	16,6%	1	5,5%	2	11,1%
Yogurt	11	42,3%	4	15,3%	6	23%	5	19,2%
Papilla	4	80%	0	0,0%	0	0,0%	1	20%

Fuente: Base de datos estudio CREE

6. DISCUSIÓN

La lactancia materna, proporciona una amplia variedad de beneficios y es de gran importancia para la supervivencia, la salud, la nutrición y el desarrollo infantil, además; ayuda al espacimamiento de los nacimientos y al mantenimiento de la salud materna, razón por la cual se han desarrollado de manera constante, programas de promoción y estimulación en búsqueda de crear una cultura posicionada al respecto (67).

Para efectos de esta investigación, la Introducción de alimentación complementaria antes de los seis meses fue un factor relevante como hallazgo; en contraste con lo que recomienda la UNICEF y la OMS, acorde con la investigación: Creencias maternas, las prácticas de alimentación y el estado nutricional de los niños afrocolombianos, donde igualmente se evidenció la introducción de alimentación complementaria antes de los 6 meses.

De forma similar a los resultados de otras investigaciones revisadas en la literatura, la madre es la encargada de la nutrición del niño, por ende, es quien lidera las prácticas y creencias alimentarias en el desarrollo alimenticio del infante. Un elemento que destaca es la incorporación de buenas cantidades de frutas y verduras en la alimentación de los grupos familiares, coincidente con resultados de otros estudios, tales como Creencias, prácticas alimentarias maternas y estado nutricional de niños de 6 a 24 meses (Rolandi, 2014), en donde los resultados muestran similitud en estos aspectos. (38)

De ahí que, dentro de las creencias que contribuyen al éxito de la lactancia materna, es amamantar al niño durante el primer semestre de vida del bebé. Sin embargo, como se observa en los resultados el presente estudio, no solo las madres amamantan en los seis primeros meses de vida del bebé (21,8%; n = 12) sino que duran un poco más de los 23 meses de edad del niño (a) (32,7%; n=18).

A fin de establecer un perfil de las madres cuidadores se destacan las principales características que en su mayoría son las siguientes; el nivel de escolaridad máximo avanzado, es el de primaria y secundaria (86%; n=45) donde el 21,8% (n=12) tiene apenas su primer embarazo. El 21,8% (n=12) de los niños, tienen 6 meses o menos de ingesta de lactancia materna y la mayoría de los cuidadores, inician la alimentación complementaria a los 6 meses de edad, lo que indica, que la lactancia materna y la alimentación complementaria, en algunos casos, se dan de manera simultánea.

De hecho, según indicaciones de la OMS, el momento oportuno de introducir la alimentación complementaria es desde los seis meses de edad, cuando se debe cubrir los requerimientos nutricionales y cuando se ha alcanzado un adecuado desarrollo tanto psicomotor, como de las funciones digestivas, renal e inmunológicas (68). Al respecto en un estudio realizado por Deny Galindo Balazar, se concluyó que el 70% de las madres que participaron en dicha investigación, manifestaron conocer sobre la edad de inicio de la alimentación complementaria (69). Este comportamiento, coincide con los resultados obtenidos en el presente estudio, que demostró que la mayoría de niños/as (28 -37) iniciaron su alimentación complementaria, después de los 6 meses.

Algunos hallazgos importantes en el análisis bivariado, indican que no existe relación alguna entre los meses de ingesta y la edad del niño, así como tampoco existe relación entre la edad de inicio de la alimentación complementaria y la edad, indicando que esta, no es un factor determinante para dar inicio a la alimentación complementaria. Sin embargo, los meses de ingesta, tienen relación estadísticamente significativa con la condición de primer embarazo, aquellas madres que han tenido más de un embarazo, probablemente den más meses de ingesta de lactancia materna. Aunque de igual forma, el sexo del niño guarda relación con los meses de ingesta, puesto que en los resultados se observa que, a las niñas, se les da más meses de ingesta de leche materna, que a los niños.

Con referencia a las prácticas alimentarias se puede enunciar lo siguiente:

Un tema relevante en el estudio, es la información sobre la tenencia de huertas caseras, ya que, según los resultados de la estadística aplicada en este ítem, solo el 7,3% (n=4) de los encuestados, afirman dedicar un espacio y tiempo para este tipo de práctica para la obtención de alimentos. Cabe aclarar que, el tipo de vivienda no guarda relación con que la familia tenga o no huerta ya que a pesar de que un 54,55% de los encuestados manifestaron tener casa propia, el resultado es totalmente contradictorio, comparado contra el 7,3% (n=4) que afirman tener siembras de frutas o verduras en sus casas.

Asimismo, se indicó, que apenas un 8% (n=5) de los encuestados, hacen menos de dos comidas al día y las familias están conformadas por 5 miembros. En este tipo de familia, los alimentos más consumidos son los lácteos, granos, carnes y huevos. De acuerdo al tamaño de la familia se puede decir que las familias no presentan

diferencias relevantes en cuanto a su alimentación, es decir, familias pequeñas o grandes son muy parecidas en cuanto a sus prácticas alimentarias. En contraste, aquellas familias que hacen menor número de comidas (Dos o menos) el alimento predominante es los granos, frutas, carnes y lácteos. En las que hacen más de tres comidas los porcentajes son más homogéneos entre todos los alimentos.

Los niños consumen muchos líquidos, más de 50%, sin incluir Yogures.

Margarita Morris, en su investigación reveló que la mayoría de las familias de estratos 1, 2 y 3 están condicionadas a la no disponibilidad total de la cobertura de servicios públicos básicos en sus viviendas, lo cual influye en la conservación y manipulación de los alimentos, lo cual los convierte en una población vulnerable a desarrollar problemas de salud y malnutrición sobre todo en los niños menores de dos años (70).

CONCLUSIONES

Una vez realizados los análisis pertinentes, con los resultados obtenidos y luego de la tabulación correspondiente, se pueden exponer varios aspectos concluyentes con referencia a los objetivos iniciales que dieron paso a la presente investigación. Los mismos se derivan de un proceso de reflexión y se compilan a continuación, de la siguiente manera:

En primera instancia, se buscó caracterizar al cuidador o acudiente de los niños y niñas que asisten al programa de RNEC La Boquilla-Cartagena 2016, encontrando que este grupo, predomina el sexo femenino, lo que evidencia la prevalencia del tradicionalismo cultural en este aspecto. La responsabilidad del cuidador recae en un orden prioritario de la siguiente manera: madre, abuela, padre y otro. Así como también se pudo observar que, en la mayoría de los hogares, tienen al menos dos hijos y que los responsables de los niños, tienen unos niveles máximos de escolaridad entre la primera y la secundaria, además que la orientación religiosa de mayor acogida, es el catolicismo, seguida del cristianismo.

Al examinar los datos para el establecimiento de los factores determinantes de las creencias y prácticas de alimentación de los cuidadores, se pudieron identificar los siguientes aspectos:

Creencias:

- Lactancia continuada: Los cuidadores, creen que es mejor brindar lactancia materna por **mas de dos años** a los niños.
- Las madres primerizas en su mayoría dejan de dar lactancia materna antes de que los niños cumplan el primer año de vida.
- Los Cuidadores en su mayoría creen que la edad de inicio de alimentación complementaria es a los 6 meses.

Prácticas alimentarias:

- Huertas caseras: Los cuidadores en gran mayoría no conservan la costumbre de sembrar o tener una huerta, como suministro de alimentos propios de la región.
 - Diversidad de los alimentos: Los cuidadores en su gran mayoría incluyen dentro de la dieta alimentos como (granos y sus derivados) y en menor cantidad el consumo de leguminosas siendo el factor menos consumido por los niños.
- Existen núcleos familiares, se estima que consumen hasta 3 raciones de comidas al día, mientras que, en las que se supera este número, el promedio baja considerablemente a dos. Lo anterior, fue

contrastado con diferentes estadísticos y se puede afirmar, es un determinante en la nutrición de los menores.

- Los tipos de alimentos, constituyen otra de las variables relevantes, ya que los resultados demuestran, que, en la dieta de los hogares participantes de la investigación, se consumen mayormente y en el orden enunciado, los siguientes grupos de alimentos: granos, productos. Lo anterior, evidencia que las proteínas son el último eslabón o el factor menos atendido, además que es preocupante el bajo nivel de aparición de frutas y leguminosas.

- Al realizar la indagación detallada de la alimentación de los infantes, se tiene que la dieta líquida es la más usual, resultado que ubica al 53% de los hogares objeto de este estudio, en esta línea alimenticia. El aspecto menos destacable, o con menor participación, es la alimentación a base de papillas o fórmula infantil, aspectos con una participación entre el 3% y el 6%.

- De acuerdo a las edades, se pudo clasificar el tipo de alimentación más recurrente, encontrando que el promedio de los niños y niñas de 24 meses de edad, consumen mayormente dieta líquida, y que, en ellos, los alimentos complementarios como la papilla, son pocos usuales. En los infantes que van en el promedio de los 25 a los 36 meses de vida, predomina la alimentación líquida, algunos reciben aún fórmula infantil, pero ya desaparece la papilla, como alimento complementario. En el rango de los infantes que se encuentran entre los 37 y los 48 meses, el alimento de mayor consumo es el yogurt, mientras que en aquellos que sobrepasan los 48 meses, se privilegia el consumo de leche enlatada o en polvo, agua pura y jugo, mientras que, en segunda instancia y finalmente, los alimentos como la papilla o fórmula infantil, tienden a aparecer, pero de manera esporádica.

Los aspectos citados, pueden considerarse altamente influenciados por las creencias de los cuidadores, pues el proceso permitió precisar que la tradición de generación en generación, que se ha ido desplegando, instaura unas consideraciones o lineamientos que son dados a conocer en el seno del hogar y que se transmiten de forma natural en este tipo de familias. Lo anterior, sugiere entonces, que para que se logren cambios estructurales en la forma de direccionar o establecer los planes alimenticios, se hará necesario un abordaje integral que propenda por integrar el conocimiento ancestral, las costumbres cotidianas y los planteamientos alimenticios de hoy, para

promover cambios esenciales que beneficien la salud y nutrición de la población infantil.

Luego de interpretar los resultados obtenidos, se ponen a consideración algunas recomendaciones que se detallan seguidamente:

- Promover medidas que ayuden a aumentar la demanda de madres con deseo y motivación de lactar a su niño por lo menos durante los 24 meses de vida. En donde la gran mayoría se concentran en madres con 2 hijos las cuales son aquellas que prefieren lactar a sus hijos hasta los 23 meses o más.
- Proponer estrategias que motiven el crecimiento de la demanda de ingesta de leche materna en niños, en donde las madres primerizas adquieran el suficiente conocimiento y compromiso acerca de la gran importancia de lactar a su bebe el tiempo correspondiente para el desarrollo cognitivo del bebe; mediante cursos psicoprofilácticos y una buena preparación para la llegada del bebe.
- Medidas que contribuyan con el aumento en la demanda de ingesta de leche materna en ambos sexos, en donde se puede evidenciar que a las niñas se les ofrece más tiempo en meses de ingesta de lactancia materna.
- Medidas que incentiven la demanda de las mismas para el auto sostenimiento y consumo en el hogar ya sea por comercialización o autoconsumo.
- De acuerdo a experiencias de campo observadas se puede concluir que teniendo en cuenta el grado de conocimiento que poseen las madres adolescentes y nivel de escolaridad , se puede observar que no están brindando una lactancia materna efectiva a los niños debido a una baja percepción del riesgo, acerca de las consecuencias que se puedan presentar al no ofrecer una lactancia materna adecuada, mientras que las madres multíparas de acuerdo a su grado de madurez ofrecen los tiempos correspondientes, afecto y dedicación a lactar a sus hijos. Razón por la cual se deben implementar acciones específicas de acuerdo a cada grupo etáreo de madres a fin de ser garantes en ofrecer una lactancia y alimentación exitosa a los niños.

REFERENTES BIBLIOGRÁFICOS

1. Cruz Roja Española. Crisis Alimentaria en África. [Internet]. [Consultado en noviembre 19 2017]. Disponible en <http://www.cruzroja.es/principal/documents/113616/1886359/ISCrisisAlimentaria01.pdf/2fe85bb5-4fab-4085-b1a8-a396fdcd8930>
2. Programa Mundial de Alimentos. Datos del hambre. [Internet]. 2017 [Consultado en noviembre 19 2017]. Disponible en <https://es.wfp.org/hambre/datos-del-hambre>
3. Índice Global del Hambre (GHI).Índice global del hambre: El hambre y sus desigualdades. [Internet]. [Consultado en noviembre 19 2017]. Disponible en <https://www.ifpri.org/node/18090>
4. Banco Mundial. Asia oriental y el Pacífico: Panorama general. [Internet]. 2017. [Consultado en noviembre 19 2017]. <http://www.bancomundial.org/es/region/eap/overview>
5. El Banco Mundial. Informe sobre desarrollo mundial: Conflicto, seguridad y desarroll. [Internet]. 2011. [Consultado en noviembre 19 2017].
6. Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF). Estado mundial de la infancia: Una oportunidad para cada niño. [Internet]. 2016. [Consultado en noviembre 19 2017]. Disponible en: https://www.unicef.org/spanish/publications/files/UNICEF_SO WC_2016_Spanish.pdf
7. Organización de las Naciones Unidas para la Alimentación y la Agricultura (FAO). Panorama de la Seguridad Alimentaria y Nutricional en América Latina y el Caribe. [Internet]. 2017. [Consultado en noviembre 19 2017]. Disponible en: <http://www.fao.org/americas/recursos/panorama/es/>
8. DANE. estadísticas vitales, Colombia, 2002 - 2013 [Internet]. 2017. [Consultado en noviembre 19 2017]. Disponible en: <http://www.dane.gov.co/index.php/poblacion-y-demografia/nacimientos-y-defunciones/118-demograficas/estadisticas-vitales/2877-defunciones-no-fetales>
9. Arrieta R, García A y Leviller L. Hambre y desnutrición en Bolívar: Un análisis desde el enfoque de la equidad y la seguridad alimentaria.[Internet]. [Consultado en noviembre 19 2017]. Disponible en: <http://190.242.62.234:8080/jspui/bitstream/11227/169/1/Cuedernos%20Ipreg%20No%203%20Justicia%20Transicional%20y%20Ley%20de%20Victimas.pdf>

10. Departamento Administrativo Distrital De Salud (DADIS) [Internet]. 2014. [Consultado en noviembre 19 2017]. Disponible en: http://www.dadiscartagena.gov.co/images/docs/otros/rendicion_cuentas_final_2014.pdf
11. Banco Interamericano de Desarrollo (BID). Nutrición en Colombia: Estrategia de país 2011-2014. [Internet] División de protección social y salud. Notas técnicas N° 243, 2010. [consultado el 27 de noviembre de 2015] Disponible en: <http://www.iadb.org/wmsfiles/products/publications/documents/35791560.pdf>
12. Minprotección. Política Nacional de seguridad alimentaria y nutricional (PSAN) [Internet] Documentos Conpes Social 113, 2008 [consultado el 7 de febrero de 2016] Disponible en: https://www.minambiente.gov.co/images/normativa/conpes/2008/conpes_0113_2008.pdf
13. ENSIN. Protocolo de investigación. [Internet] Minsalud (ICBF- Prosperidad para todos), 2010 [consultado el 27 de noviembre de 2015] Disponible en: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/ED/GCFI/Base%20de%20datos%20ENSIN%20-%20Protocolo%20Ensin%202010.pdf>
14. Rada, S. Los niños y la alimentación, un duro contraste. [Internet] Caracol Radio. Salud, 2015. [citado el 27 de noviembre de 2015]. Disponible en: http://caracol.com.co/radio/2015/09/08/salud/1441728030_618755.html
15. Minprotección. Política Nacional de seguridad alimentaria y nutricional (PSAN) [Internet] Documentos Conpes Social 113, 2008 [consultado el 7 de febrero de 2016] Disponible
16. Organización Naciones Unidas. Plan para la seguridad alimentaria, nutrición y erradicación del hambre de la CELAC 2025. [Internet]. 2016. [Consultado en noviembre 19 2017]. Disponible en: http://repositorio.cepal.org/bitstream/handle/11362/39838/S1600016_es.pdf;jsessionid=76641FABE5E6A650D8EACD9E1F100003?sequence=1
17. Silva G. Desnutricion en Colombia desde lo social, lo económico y lo político [Internet]. 2016. [Consultado en noviembre 19 2017]. Disponible en: <https://scp.com.co/wp-content/uploads/2016/06/1.-Desnutricion.pdf>
18. Machado M, Calderón V y Machado J. Determinantes socioeconómicos, inseguridad alimentaria y desnutrición crónica en población desplazada de primera infancia, Pereira, Colombia [Internet]. 2016. [Consultado en noviembre

- 19 2017]. Disponible en: <http://www.scielo.org.co/pdf/rmri/v20n1/v20n1a02.pdf>
19. Morris M. identificación de los determinantes sociales de la alimentación en un grupo de familias pertenecientes a los estratos 1, 2 y 3 de la localidad de fontibon [Internet]. 2010. [Consultado en noviembre 19 2017]. Disponible en: <http://www.javeriana.edu.co/biblos/tesis/ciencias/tesis563.pdf>
 20. Ministerio de Salud. Estrategias de atención integral a la primera infancia, fundamentos políticos, técnicos y de gestión. [Internet].; 2013 [Consultado en Abril 10 2017]. Disponible en: <http://www.deceroasiempre.gov.co/QuienesSomos/Documents/Fundamentos-politicos-tecnicos-gestion-de-cero-a-siempre.pdf>
 21. Realpe-Silva F. Influencia de conocimientos, actitudes y prácticas alimentarias de los cuidadores en el hogar, en el estado nutricional de los niños y niñas en edad preescolar que asisten al Centro de desarrollo infantil, Arquita de Noé, en período julio-noviembre de 2013. [Internet] Quito: Pontificia Universidad Católica de Ecuador, 2014. [consultado el 11 de abril del 2017] Disponible en: <http://repositorio.puce.edu.ec/bitstream/handle/22000/7520/8.29.001743.pdf?sequence=4>
 22. Barrera-Méndez A, Collazos-García S, Duarte-Borbón P, Gúzman-Ramos, S. Creencias y hábitos sobre la alimentación de las madres vinculadas al programa de recuperación nutricional “Comer con alegría” de la fundación cardio-infantil IC, en la localidad de Usaquen. . [Internet] Bogotá, D.C.: Universidad de la Salle, 2006. [Consultado en 2017 Abril 10] Disponible en: <http://repository.lasalle.edu.co/bitstream/handle/10185/13211/00781882.pdf?sequence=1>
 23. Parada-Rico D. Conocimientos, actitudes y prácticas del menor cuidador de cinco años. Revista Ciencia y cuidado [Internet] 2011 8(1): 29-39. [consultado en 2017 Abril 10]. Disponible en: <http://revistas.ufps.edu.co/ojs/index.php/cienciaycuidado/article/viewFile/468/485>
 24. Franco-Pérez A, Sanz-Valero J, Whanden-Berge C, Melian-Fleitas L. La producción científica iberoamericana en ciencias de la nutrición: la indización en Pubmed y Google Scholar. Revista Nutr Hosp [Internet] 2014 30(5): 1165-1172. [consultado en 2017 Abril 09]. Disponible en: <http://scielo.isciii.es/pdf/nh/v30n5/24originalotros02.pdf>

25. Ministerio de Salud de Panamá. Prácticas de cuidados y alimentación infantil [Internet] [Consultado en 2017 Abril 08]. Disponible en: http://www.paho.org/hq/index.php?option=com_docman&task=doc_view&gid=19856&Itemid=
26. Rada S. Los niños y la alimentación, un duro contraste. [consultado en: 2017 Abril 10] Disponible en: http://caracol.com.co/radio/2015/09/08/salud/1441728030_618755.html
27. Ministerio de la Protección Social. Encuesta nacional de la situación nutricional en Colombia-2010. [Consultado en 2017 Abril 10]. Disponible en: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/ED/GCFI/Base%20de%20datos%20ENSIN%20-%20Protocolo%20Ensin%202010.pdf>
28. Romo M, López D, López I, Morales C, Alonso K. En la búsqueda de creencias alimentarias a principios del siglo XXI. Rev. Chil Nutr. 2005, 32(1). [Internet] [Disponible en: 2017 Abril 10]. Disponible en: http://www.scielo.cl/scielo.php?pid=s0717-75182005000100007&script=sci_arttext
29. Méndez C. ¿Cómo comemos? Primera edición. Madrid: Editorial Fundamentos; 2000.
30. Marschoff M, Aliaga B. Blog Scrib. Cocina por asalto.. [Internet].; 2011 [consultado en: 2017 Abril 10. Available from: <http://es.scribd.com/doc/63531648/Cocina-Por-Asalto>
31. Contreras-Hernández J, García-Amaiz M. Alimentación y cultura: perspectivas antropológicas. 387-392 1st ed. Barcelona: Grupo Planeta; 2005.
32. Aguirre P. Que puede decirnos una antropóloga sobre alimentación, hablando de gustos, cuerpos, mercados y genes. Federación Argentina de Cardiología FAC. [Internet].; 2007 [consultado en 2017 Abril 10. Disponible en: <http://www.fac.org.ar/qcvc/llave/c027e/aguirrep.php>
33. Galindo-Balazar D. Conocimientos y prácticas de los niños de 6 a 12 meses sobre alimentación complementaria en el centro de salud "Nueva Esperanza, 2011. Tesis de pregrado. Lima, Universidad Nacional de San Marcos, 2012.
34. Organización Panamericana de la Salud. Alimentación y nutrición del niño pequeño. [Internet] [Consultado en 2017 Abril 10] Disponible en: [https://www.unicef.org/lac/Reunion_Sudamericana_de_Alimentacion_y_Nutricion_del_Nino_Pequeno\(2\).pdf](https://www.unicef.org/lac/Reunion_Sudamericana_de_Alimentacion_y_Nutricion_del_Nino_Pequeno(2).pdf)
35. Ipiates M, Rivera F. Tesis. Prácticas alimentarias, y estado nutricional de la smujeres embarazadas y lactantes atendidas

- en el entro de salud N°1 de la ciudad de Ibarra en diciembre de 2009 a diciembre de 2010. Tesis de pregrado. Ibarraa.Universidad Técnica del Norte. 2010
36. Contreras Hernández J. Antropología de la alimentación. 1era edición. Madrid:Ediciones de la Universidad Complutense; 1992.
 37. Wilhelm-Sosa K. Tesis. Factores que impiden la recuperación nutricional en niños de 6 a 59 meses de edad con desnutrición aguda moderada sin complicaciones en tratamiento con con alimentos terapéuticos listos para el consumo. [Tesis de pregrado]. Universidad Rafael Landívar. Guatemala: Universidad Rafael Landívar, 2014.
 38. Rolandi M. Creencias, prácticas alimentarias maternas y estado nutricional de niños de 6 a 24 meses. [Tesis de pregrado]; Mar de Plata:Universidad FASTA; 2014.
 39. Ministerio de Salud de Chile. Manual de lactancia materna. [Internet] [Consultado en: 2017 Abril 10] Disponible en: http://web.minsal.cl/sites/default/files/files/manual_lactancia_materna.pdf
 40. Nessier M, Monsalvo A, Picech V, Pacheco J, Palma V, Martínez, M, et al. Percepción de usuarios del programa de recuperación el niño en riesgo nutricional “Nutrir Más” del área urbana de la ciudad de Santa Fé, Argentina. Rev Chil Nutr, 37(1) [Consultado en2015 Abril 10] 15 Abril 10. Disponible en: <http://www.scielo.cl/pdf/rchnut/v37n1/art05.pdf>
 41. San Martín J. La fenomenología de Husserl como utopía de la razón Barcelona: Anthropos; 1ª ed. Barcelona: Editorial Anthropos; 1987.
 42. Esquivel-Hernández M, Flórez-Arenales. La familia desde la perspectiva sociodemográfica. Revista Unam. [Internet] Enero de 2004; 7(1):33-49 [Consultado en 2017 Abril 10] Disponible en: <http://www.journals.unam.mx/index.php/rep/article/view/22818/21544>
 43. Ecured, Inocuidad en los alimentos [Internet] Cuba: [14 de diciembre de 2010] Disponible en: http://www.ecured.cu/index.php/Inocuidad_en_los_alimentos
 44. Barcalá A, Stolkiner A. Estrategias de cuidados de la salud en hogares con necesidades básicas insatisfechas:Estudio de caso. Red de bibliotecas de ciencias de sociales de América Latina y el Caribe. [Internet] 2009. p.15[Consultado en:2017 Abril 10]. Disponible en: <http://bibliotecavirtual.clacso.org.ar/ar/libros/argentina/germani/barcala.rtf>

45. Organización Panamericana de la Salud. Hacia una vivienda saludable. [Internet] [Consultado 2017 Abril 10] Disponible en:
http://www.paho.org/per/index.php?gid=68&option=com_docman&task=doc_download
46. Rouzaud-Sández O. El concepto “Seguridad alimentaria” Revista Ruta Crítica [Internet] 2010 44-46 [consultado en:2017 Abril 10]. Disponible en:
<http://www.revistauniversidad.uson.mx/revistas/22-22articulo%2010.pdf>
47. Instituto Colombiano de Bienestar Familiar. Recuperación nutricional con enfoque comunitario. [Internet] [Consultado en:2017 Abril 10] Disponible en:
<http://www.icbf.gov.co/portal/page/portal/PortafolioICBF/all/recuperacion-nutricional-enfoque-comunitario>.
48. Instituto Colombiano de Bienestar Familiar. Lineamiento técnico administrativo del subproyecto estrategia de recuperación nutricional. [Internet] [Consultado en: 2017 Abril 10] Disponible en:
<http://www.icbf.gov.co/portal/page/portal/PortalICBF/NormatividadC/Contratacion/RegimenEspecial/REHuila/CP-002-2014Huila/aaaRNA-linenamientos.pdf>
49. Instituto Colombiano de Bienestar Familiar. Manual Operativo, Modalidad: Recuperación nutricional con enfoque comunitario. [Internet] [Consultado en: 2017 Abril 10] Disponible en:
<http://www.icbf.gov.co/portal/page/portal/PortalICBF/NormatividadC/Contratacion/RegimenEspecial/RE Cauca/CP%20002-2014%20Cauca/ANEXO%206.%20MO2%20LM3%20MPM4%20Manual%20Operativo%20RNEC%20v1.pdf>
50. Instituto Colombiano de Bienestar Familiar. Anexo –Ficha de condiciones técnicas esenciales para la prestación del servicio y/o entrega de bien (FCT). [Consultado en: 2017 Abril 10] Disponible en:
<http://www.icbf.gov.co/portal/page/portal/PortalICBF/Abastecimiento1/Estudios-Sector/E2016/Nutricion016/Tab8/160503-RNEC-02.FCT%20DEF%20v.2.pdf>
51. Instituto Colombiano de Bienestar Familiar. Manual Operativo. Servicio de educación inicial, cuidado y nutrición en el marco de la atención integral para la primera infancia. [Internet] [Consultado en: 2017 Abril 10] Disponible en:
<http://www.icbf.gov.co/portal/page/portal/PortalICBF/Abastecimiento1/Estudios-Sector/E2015/DPlaneacion/Tab8/EVALUACI%C3%93N%20PR>

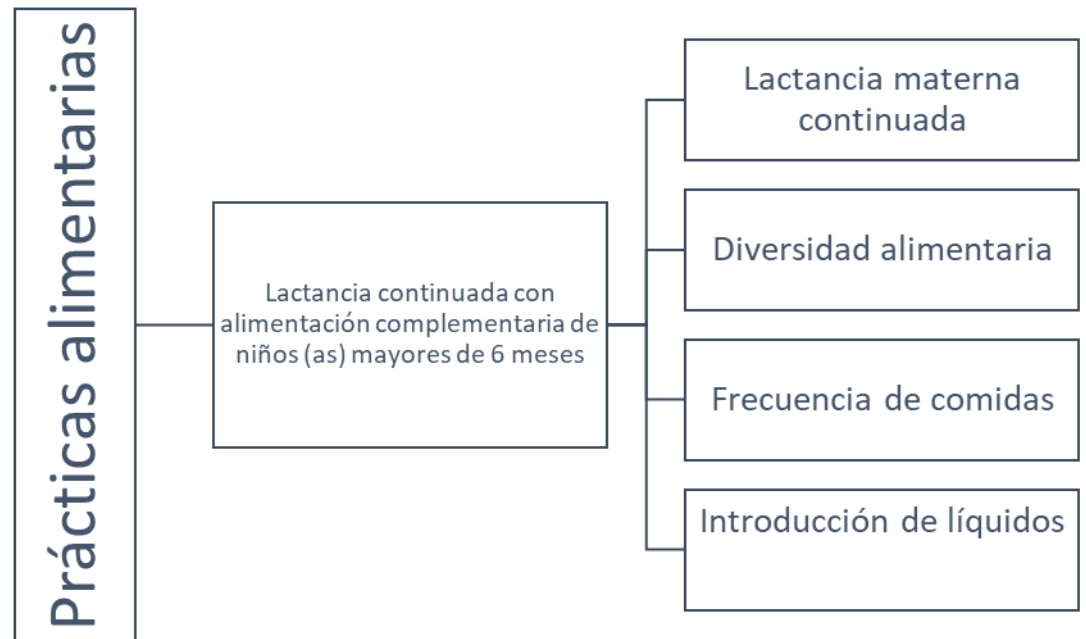
- IMERA%20INFANCIA%20-%20150626%20-%20FCT%20-%20A1%20MOMF.pdf
52. Banco Interamericano de Desarrollo. Atención Integral a la primera infancia en Colombia. [Internet] [Consultado en: 2017 Abril 10] Disponible en: <https://publications.iadb.org/bitstream/handle/11319/4951/Nota%20sectorial%3A%20Atenci%C3%B3n%20integral%20a%20a%20primera%20infancia%20en%20Colombia.pdf>
 53. Instituto Colombiano de Bienestar Familiar. Modalidad comunitaria para la atención a la primera infancia. [Internet] [Consultado en 2017 Abril 10] Disponible en: <http://www.icbf.gov.co/portal/page/portal/PortalICBF/procesos/misionales/promocion-prevencion/primera-infancia/MO15.PP%20Manual%20Operativo%20Modalidad%20Comunitaria%20Primera%20Infancia%20v2.pdf>
 54. Instituto Colombiano de Bienestar Familiar. Estudios previos modalidad recuperación nutricional con enfoque comunitario. [Internet] [Consultado en: 2017 Abril 10] Disponible en: <http://www.icbf.gov.co/portal/page/portal/PortalICBF/NormatividadC/Contratacion/RegimenEspecial/REPutumayo/CP%20002-2014%20Putumayo%20Nutricion/ESTUDIO%20PREVIO%20PUTUMAYO%20RNEC.pdf>
 55. UNICEF. Programa de la situación de la niñez y la adolescencia en América latina: El derecho a la salud y a la alimentación en Colombia. [Internet] [Consultado en: 2017 Abril 10] Disponible en: [https://www.unicef.org/lac/UNICEF_LAC_Sit-indigena_Colombia_dic2014\(1\).pdf](https://www.unicef.org/lac/UNICEF_LAC_Sit-indigena_Colombia_dic2014(1).pdf)
 56. Colombia. Instituto Colombiano de Bienestar Familiar. Recuperación nutricional con enfoque comunitario. [Internet] [Consultado en: 2017 Abril 10] Disponible en: [http://www.ejecutortolima.gov.co/modulos/subprogramas/archivos_evidencias/RNEC%20ANTECEDENTES%20Y%20ESPECIFICACIONES%2018FEB13%20\(1\).pdf](http://www.ejecutortolima.gov.co/modulos/subprogramas/archivos_evidencias/RNEC%20ANTECEDENTES%20Y%20ESPECIFICACIONES%2018FEB13%20(1).pdf)
 57. Instituto Colombiano de Bienestar Familiar. Modalidad Centro de Recuperación Nutricional. [Internet] [Consultado en: 2017 Abril 10] Disponible en: <http://www.icbf.gov.co/portal/page/portal/PortalICBF/procesos/misionales/promocion-prevencion/nutricion/MO8.%20PP%20Manual%20Operativo%20CRN%20v2.pdf>
 58. Navarrete-Canchón D. Consideraciones sobre la seguridad alimentaria en la primera infancia en Colombia. Edusol [Internet] 16(57) 1-13. [Consultado en: 2017 Abril 10]

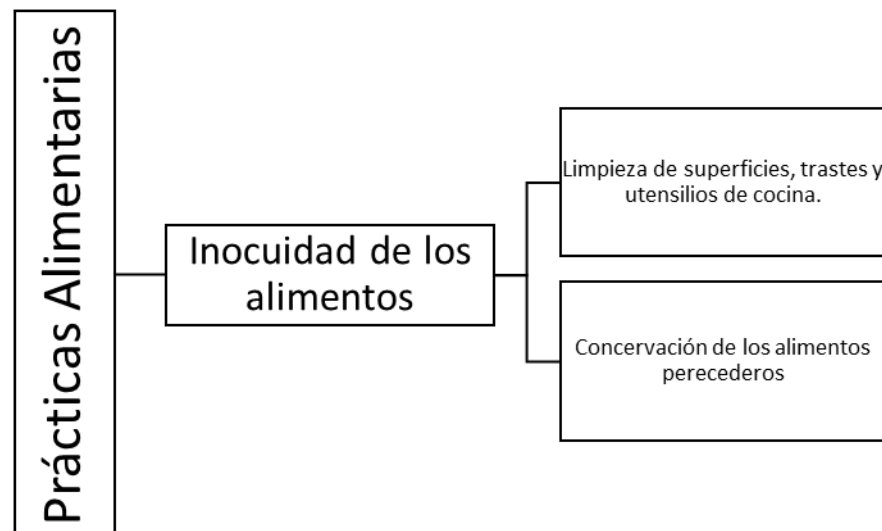
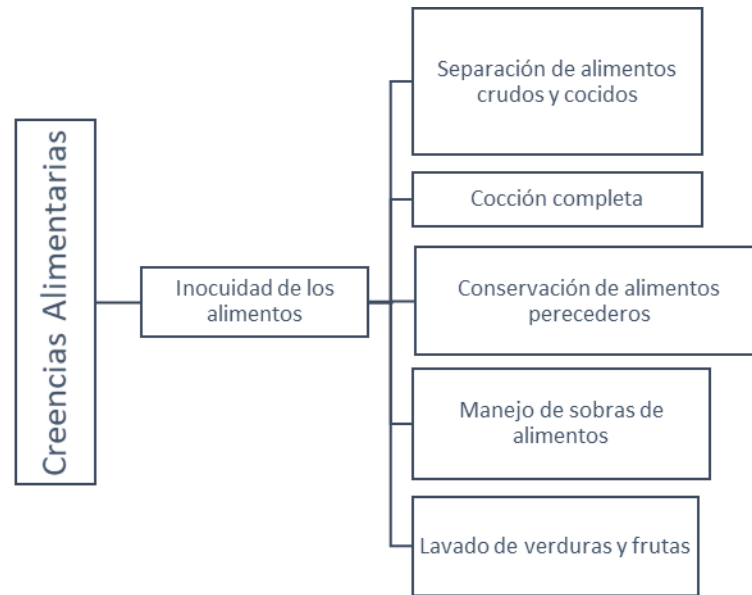
59. González J, Durán M. Evaluar para mejorar: el caso de hogares comunitarios de Bienestra del ICBF. Revista Desarrollo y Sociedad. [Internet] N°69 (187-234). Disponible en:
http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0120-35842012000100007
60. San Martín J. La fenomenología de Husserl como utopía de la razón Barcelona; 2007
61. ICBF. Proceso de gestión para la nutrición. [Internet].; 2013 [Consultado en: 2017 Abril 10. Available from: <http://docplayer.es/18187292-Proceso-gestion-para-la-nutricion.html>
62. Minsalud. Plan decenal lactancia materna 2010-2020. [Internet].; 2010. Available from: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/PP/SNA/plan-decenal-lactancia-materna.pdf>
63. OMS/OPS/INCAP. FAO. Lámina educativa. [Internet]; 2013. Available from: <http://www.fao.org/docrep/013/am283s/am283s05.pdf>
64. OPS/OMS. ambiental y entornos saludables. [Internet].; 2012 [cited. Available from: http://www.paho.org/col/index.php?option=com_content&view=article&id=1531:hacia-una-vivienda-saludable-cartilla-educativa-para-la-familia&Itemid=361
65. Macías Y, Glasauer M. División de Nutrición de la FAO. [Internet]; 2014. Available from: <http://www.fao.org/docrep/019/i3545e/i3545e00.htm>
66. Conferencia Mundial sobre Integridad en la Investigación. Declaración de Singapur sobre la Integridad en la Investigación. [Internet]. 2010. [Consultado en 2017 Abril 08]. Disponible en: http://www.singaporestatement.org/Translations/SS_Spanish.pdf
67. Gómez-Huertas L, Ruiz-Cruz N. Relación entre el nivel de conocimiento y la práctica sobre lactancia materna exclusiva a madres gestantes que acuden a su control prenatal del Hospital de Apoyo I Jamo de Tumbes. Rev. Enfermería Actual en Costa Rica. 2004; 15.
68. OMS. Nutrición. [Internet]. Available from: http://www.who.int/nutrition/topics/complementary_feeding/es/
69. Galindo-Balazar D. Tesis. Universidad Nacional Mayor de San Marcos. [Internet]; 2011 Available from:

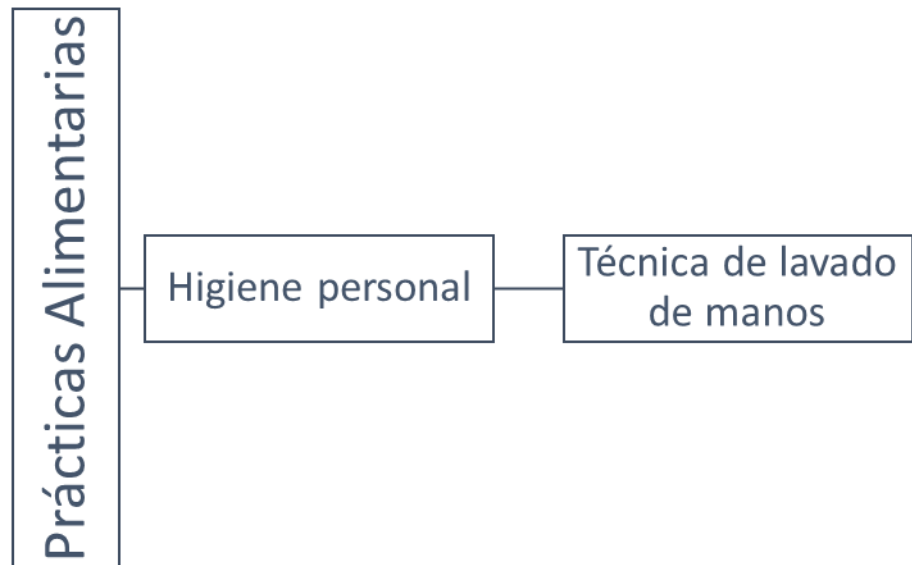
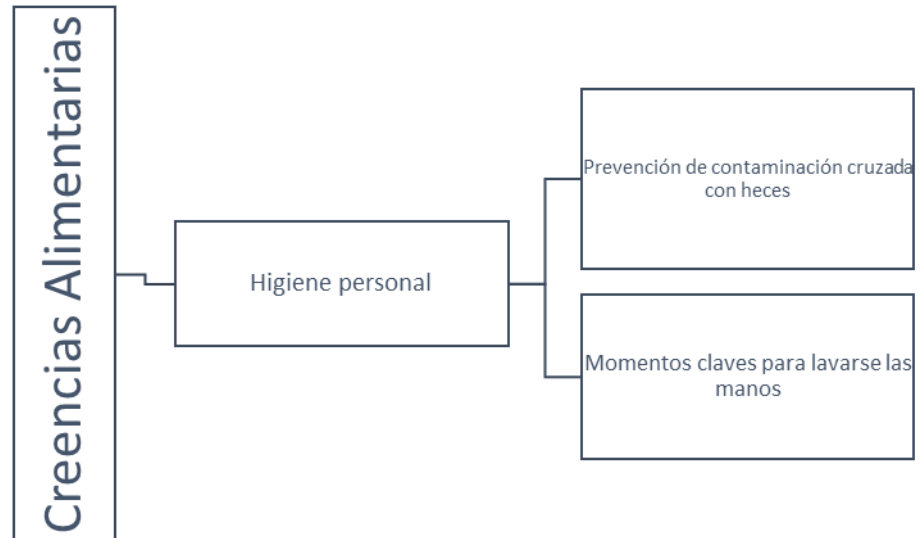
- http://cybertesis.unmsm.edu.pe/bitstream/cybertesis/1297/1/Galindo_bd.pdf
70. Morris-Murcia M. Tesis de grado. Pontificia Universidad Javeriana 2010. Available from: <http://www.javeriana.edu.co/biblos/tesis/ciencias/tesis563.pdf> ICBF
 71. Belalcazar-Cifuentes D. Determinantes sociales de la alimentación y percepción de alimentación saludable en la sfamilias de estratos 4,5 y 6 de la localidad de Chapinero de Bogotá D.C. [Tesis de pregrado] Bogotá: Pontificia Universidad Javeriana; 2011.
 72. Avarez-Castaño L. Los determinantes sociales y económicos de la salud. Asuntos teóricos y metodológicos implicados en el análisis. [Internet] 2014, 13(27):28-40 [Consultado en: 2017 abril] Disponible en: <http://www.scielo.org.co/pdf/rgps/v13n27/v13n27a03.pdf>.

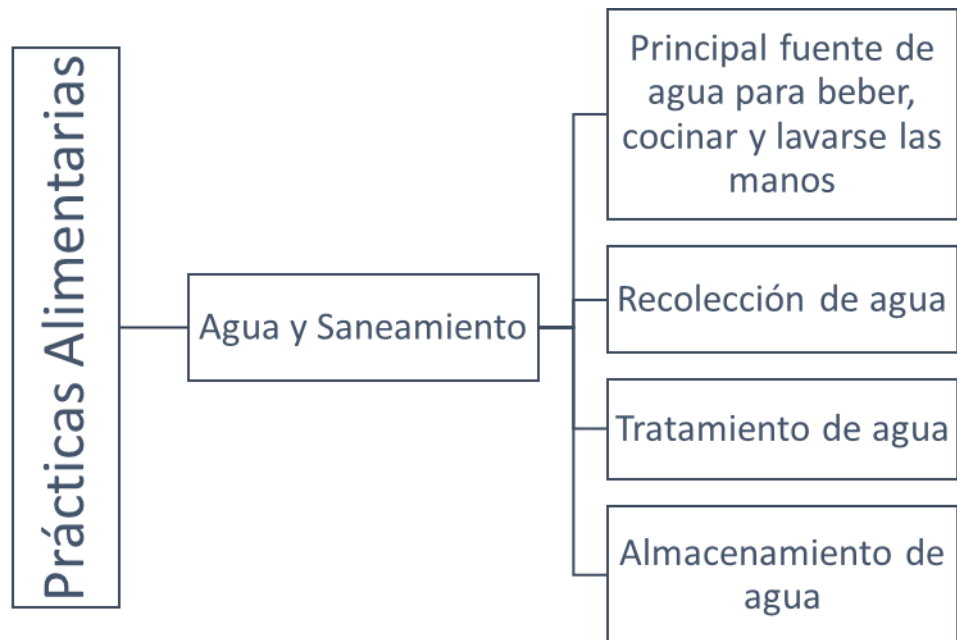
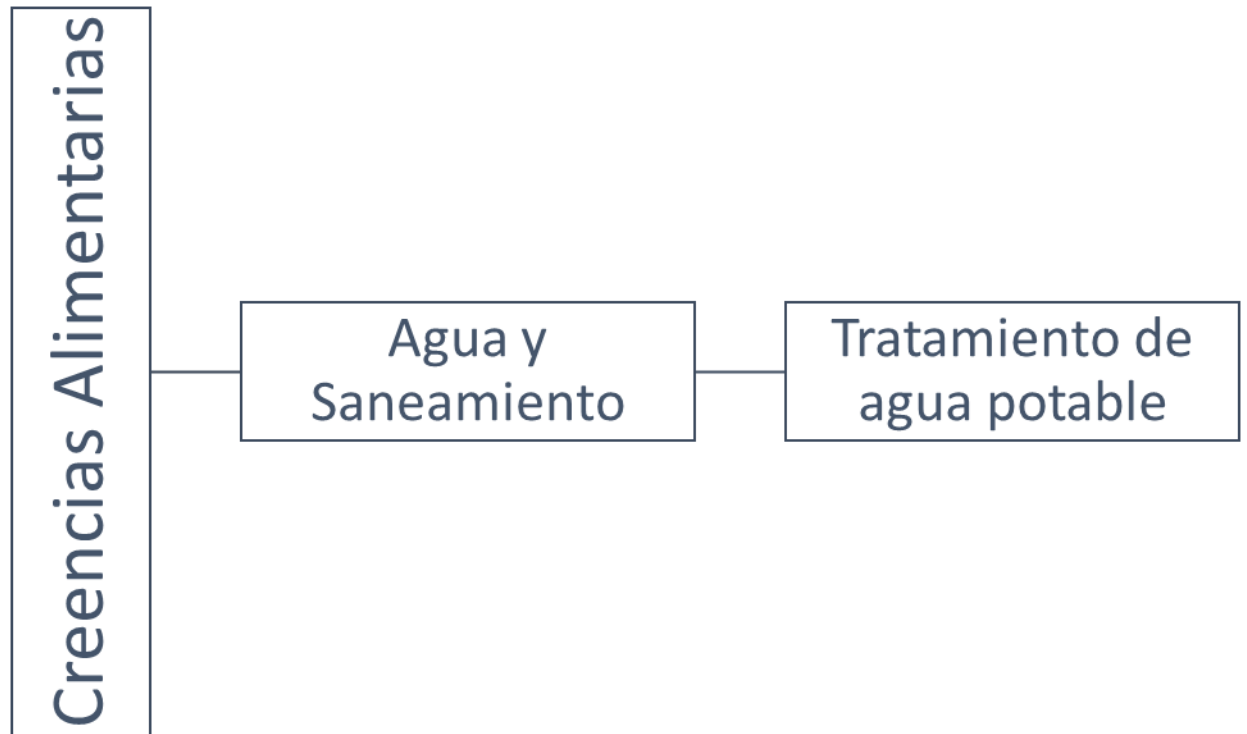
ANEXOS

Anexo A. Prácticas alimentaria: lactancia continuada



Anexo B. Creencias y prácticas alimentarias: Inocuidad de alimentos

Anexo C. Creencias y prácticas alimentarias: Higiene personal

Anexo D. Creencias y prácticas alimentarias: Agua y saneamiento

Anexo E. Proyectos productivos. Huertas comunitarias

**Anexo F. Formulario de consentimiento informado y confidencialidad
informada para padres/tutores de infantes - Ver. 01**

**CREENCIAS Y PRÁCTICAS DE ALIMENTACIÓN DE LOS CUIDADORES DE
NIÑOS Y NIÑAS, HACIA LAS INTERVENCIONES PROPORCIONADAS POR EL
PROGRAMA DE RECUPERACIÓN NUTRICIONAL CON ENFOQUE
COMUNITARIO RNEC LA BOQUILLA-CARTAGENA, 2016**

Nombre del investigador: Cindy Padilla Pérez
Programa de recuperación nutricional con enfoque comunitario RNEC La Boquilla-
Fundación NU3-Cartagena

Buenos días/tardes Sr/Sra._____.

Naturaleza del estudio, las creencias y prácticas de alimentación de los cuidadores de los niños y niñas beneficiados del programa RNEC surge al haberse identificado, la inexistencia de trabajos de grado con relación al tema referido, por ende, con este estudio, se busca realizar una contribución de tipo teórico-conceptual y a su vez este proyecto contribuirá como línea base para el diseño de una propuesta educativa dirigida a los cuidadores para el mejoramiento de los hábitos alimentario.

El objetivo de este estudio es *Determinar las creencias y prácticas de alimentación de familiares y/o cuidadores de niños y niñas hacia las intervenciones proporcionadas por el Programa de Recuperación Nutricional con Enfoque Comunitario RNEC La Boquilla-Cartagena, 2016.*

El Propósito de Este consentimiento es conocer más acerca de sus creencias y practicas alimentaria. La entrevista tomará aproximadamente 20 minutos.

Toda la información que se obtenga será tratada con estricta **confidencialidad** y sus respuestas y nombre jamás serán revelados. **Voluntariedad**, El participante No está obligado a contestar las preguntas que no quiera y podemos parar nuestra conversación en el momento que usted desee. Esta investigación posee **riesgos mínimos asociados** a la investigación de acuerdo a la resolución 008430 de 1993” Por la cual se establecen las normas científicas, técnicas y administrativas para la investigación en salud” vigente en Colombia que ampara las investigaciones realizadas a seres humanos.

El estudio no genera un **beneficio** directo para usted, pero los resultados obtenidos del estudio podrán generar beneficio futuro para muchas personas.

Ahora el proyecto va en la etapa de inicio y estoy encuestando a algunos participantes.

Si hacemos esta encuesta, no es para evaluarlo a usted, o criticarlo, entonces por ningún motivo se sienta presionado para dar una respuesta en específico. Le pediría entonces que contestara a las preguntas con toda honestidad, diciéndome lo que sabe, lo que siente o piensa, la manera en la que vive y en la que prepara su comida y la de su familia. Tome el tiempo que necesite para responder a las preguntas.

Los **resultados** de la investigación se compartirán en tiempos adecuados en publicaciones, revistas, etc., pero la información personal permanecerá confidencial

El investigador no tiene **conflicto de interés** con los participantes ni con los patrocinadores.

He entendido la información que se expone en este consentimiento y me han respondido las dudas e inquietudes surgidas.

Autorización

Estoy de acuerdo o acepto participar en el presente estudio. Para constancia, firmo a los ____ días del mes de _____ del año ____.

Firma y Cedula del participante _____

Declaración del investigador

Yo certifico que le he explicado a esta persona la naturaleza y el objetivo de la investigación, y que esta persona entiende en qué consiste su participación, los posibles riesgos y beneficios implicados.

Todas las preguntas que esta persona ha hecho le han sido contestadas en forma adecuada. Así mismo, he leído y explicado adecuadamente las partes del consentimiento informado.

Hago constar con mi firma.

Nombre del investigador. _____

Firma _____

Fecha (dd/mm/aaaa) _____

Datos del comité de ética en investigación que avala el proyecto:

Gloria C Visbal I llera Presidente. Comité de ética en investigación en el área de la salud Universidad del Norte. Kilómetro 5 Vía Puerto Colombia. Bloque F primer piso. Tel 3509509 ext. 3493.

Correo del Comité de Ética en Investigación:
comite_eticauninorte@uninorte.edu.co
Página web del Comité: www.uninorte.edu.co/divisiones/salud/comite_etica

¿Tiene alguna pregunta antes de comenzar?

Anexo G. Instrumento

Objetivo. Determinar las creencias y prácticas de alimentación en familiares y/o cuidadores de niños y niñas hacia las intervenciones proporcionadas por el Programa de Recuperación Nutricional con Enfoque Comunitario RNEC La Boquilla-Cartagena, 2016”

DATOS SOCIO DEMOGRÁFICOS PARA FAMILIARES Y/O CUIDADORES

1. Sexo

- a. Femenino
- b. Masculino

2. Parentesco

¿Qué tipo de parentesco tiene con el niño al que cuida?

- a. Madre
- b. Padre
- c. Abuelo/abuela
- d. Otro

3. Edad

4. Partos

¿Cuántos hijos tiene?:

- a. 1 hijo
- b. 2 hijos
- c. 3 hijos
- d. + de 3 hijos

¿Primer embarazo?

- a. Si
- b. No

5. Características sociales

¿Lugar de origen?

6. Nivel educativo

¿Ha asistido a la escuela?

- a. Si
- b. No

7. ¿Cuál es su nivel máximo de estudios?

- a. Primaria
- b. Secundaria
- c. Técnico/Tecnólogo

- d. Superior
- e. Ninguno

¿Cuál es el último grado?

8. Sexo del niño/a

- a. Femenino
- b. Masculino

9. Edad del niño/a:

10. Tipo de religión:

- a. Católica
- b. Cristiana
- c. Testigos de Jehová
- d. Otros

II. LACTANCIA CONTINUADA CON ALIMENTACIÓN COMPLEMENTARIA DE NIÑOS (AS) MAYORES DE 6 MESES

CREENCIAS

C1. Lactancia continuada

¿Hasta los cuantos meses cree usted que una mujer debe de dar leche materna a su hijo?

- a. 6 meses o menos
- b. 6-11 meses
- c. 12-23 meses
- d. > 23 meses

C2. Edad de inicio de la alimentación complementaria

¿A qué edad cree usted que los bebés pueden comer otros alimentos a parte de la leche materna?

- a. A los 6 meses
- b. Otros
- c. No se

C3. Motivos para dar alimentos complementarios a los 6 meses

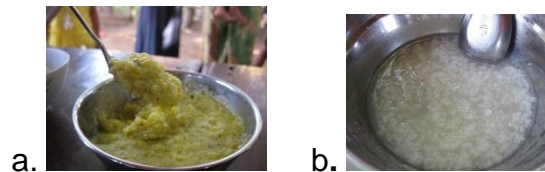
¿Por qué cree que es importante darle a su bebé otros alimentos a parte de la leche materna?

- a. La leche materna por sí sola no es suficiente
- b. La leche materna no puede proporcionar todos los nutrientes necesarios para el crecimiento

- c. Otros
- d. No sabe

C4. Consistencia de las comidas

Observe estas dos fotos con imágenes de papilla. ¿Cuál cree usted que se debe dar a un niño pequeño?



C5. Motivo de la consistencia de las comidas

¿Por qué eligió esa imagen?

C6. Diversidad de la dieta + manera de enriquecer la papilla

Para alimentar a sus hijos muchas madres les dan papilla. ¿Cómo cree usted que se debe hacer para que esos alimentos más nutritivos o mejor para la salud de su bebé?

Mediante la adición de:

- a. Alimentos de origen animal (carne, pollo, pescado, hígado, huevos, etc.)
- b. Leguminosas y frutos secos
- c. Frutas y verduras ricas en vitamina A (zanahoria, ahuyamas, mango, papaya, etc.)
- d. Alimentos muy energéticos: aceite, mantequilla, margarina
- e. Otros
- f. No sabe

C7. Alimentar motivando

¿De qué manera cree usted que se puede motivar a los niños a comer?

- a. Brindarles atención durante sus comidas
- b. Hablar con ellos
- c. Hacer que los tiempos de las comidas sea momentos felices
- d. Aplaudir
- e. Hacer muecas/jugar/reír
- f. Demostrar/enseñar como comer abriendo la boca muy grande
- g. Decir palabras alentadoras
- h. Llamar la atención del niño
- i. Otros
- j. No sabe

PRÁCTICAS

P1. Lactancia materna continuada

¿El bebé tomó pecho o leche materna ayer o durante el día o la noche?

- a. Si
- b. No
- c. No sabe/No contesta

P2. Diversidad alimentaria

¿Ayer durante el día o la noche él bebe que comió o bebió?

Grupo	Lista de alimentos	No	Si
Grupo 1: Granos, raíces y tubérculos	Pan, arroz, fideos u otros alimentos a base de granos, incluyendo avena o papilla		
	Papas blancas, ñame, yuca, o cualquier otro alimento a base de raíces		
Grupo 2: Leguminosas y nueces	Algún alimento hecho a base de frijoles, alverjas, lentejas o nueces		
Grupo 3: Productos lácteos	Fórmula infantil		
	Leche, como leche enlatada, animal en polvo o fresca		
	Yogurt		
	Queso u otros productos lácteos		
Grupo 4: Carnes	Hígado, riñón, corazón		
	Algún tipo de carne como carne de res, cerdo, pollo, otra.		
	Pescado fresco o secos, o mariscos		
	Gusanos, caracoles o insectos		
Grupo 5: Huevos	Huevos		
Grupo 6: Frutas y verduras ricas en vitamina A	Zanahoria, papas que son amarillas o anaranjadas por dentro		
	Verduras de hoja verde		
	Mango maduro, papaya madura, melón, durazno fresco		
Grupo 7: Otras frutas y verduras	Otras frutas o verduras		
Otros alimentos	Margarina, mantequilla, o alimentos preparados con alguno de estos		
	Alimentos dulces como chocolates, dulces, caramelos, pasteles, tartas, galletas		
	Condimentos para el sabor, tales como especias, hierbas		

P3. Frecuencia de las comidas

¿Cuántas veces el bebé comió las comidas y meriendas que no sean líquidas, ayer durante el día o la noche?

a. Número de veces: _____

b. No sabe/No contesta

(OMS recomienda 4 veces para la frecuencia mínima de comidas a los niños mayores de 6 meses)

P4. Introducción de líquidos

	Si	No	No sabe/No contesta
Agua pura			
Fórmula infantil			
Leche (leche enlatada, animal, en polvo o fresco)			
Jugos o bebidas de jugo			
Caldo claro			
Yogurt			
Papilla			
Cualquier otro líquido			

III. INOCUIDAD DE LOS ALIMENTOS

CREENCIAS

C1. Separación de alimentos crudos y cocidos

¿Por qué cree usted que se debe evitar el contacto de los alimentos crudos con los alimentos cocidos o listos para comer?

- a. Los alimentos crudos contienen gérmenes y se pueden transmitir a los alimentos cocidos o listos para comer
- b. Otro
- c. No contesta/No sabe

C2. Cocción completa

¿Cuándo prepara los alimentos, cómo sabe que ya está cocido y listo para servirse?

- a. Cuando ha hervido al menos 1 minuto
- b. Otro
- c. No sabe/No contesta

C3. Conservación de alimentos perecederos

¿Sabe usted que alimentos deben mantenerse en un lugar frío o refrigerado?

- a. Carne
- b. Vísceras
- c. Aves
- d. Pescados
- e. Mariscos
- f. Productos lácteos
- g. Alimentos cocidos
- h. Otro
- i. No sabe/No contesta

C4. Manejo de sobras de alimentos

¿Por qué cree usted que se debe evitar que las sobras de alimentos se mantengan a temperatura ambiente por más de dos horas?

- a. Porque los gérmenes se multiplican y pueden causar enfermedades
- b. La comida ya no es segura o comestible
- c. La temperatura hace que la cantidad de gérmenes crezca
- d. Otro
- e. No sabe/No responde

C5. Lavado de verduras y frutas

¿Qué cree usted que se debe realizar antes de consumir las verduras y frutas crudas?

- a. Lavarlas con agua limpia
- b. Otro
- c. No sabe/No responde

PRÁCTICAS

P1. Limpieza de superficies, trastes y utensilios de cocina

¿Puede usted describir la manera en que comúnmente los limpia?

- a. Tira los restos de comida en la basura
- b. Lava las superficies con agua caliente
- c. Lava las superficies con jabón
- d. No sabe/no contesta

P2. Conservación de los alimentos perecederos

¿Cómo guarda los alimentos que se echan a perder más rápido como la carne de res, ave, pescado, leche de caja o queso?

- a. En el refrigerador
- b. Los cubre
- c. Los separa de los alimentos cocidos o listos para comer
- d. Otro
- e. No sabe/No contesta

IV. HIGIENE PERSONAL

CREENCIAS

C1. Prevención de contaminación cruzada con heces

¿Cómo cree usted que se debe evitar la contaminación de los alimentos con gérmenes del excremento de animales o humanos?

- a. Lavarse las manos después de ir al baño y cambiar pañales
- b. Eliminar las heces de la casa y sus alrededores (enseñar a los niños a usar el sanitario)
- c. Lavar y desinfectar los alimentos antes de consumirlos
- d. Otro
- e. No sabe

C2. Momentos clave para lavarse las manos

¿Cuándo cree usted que es necesario lavarse las manos para evitar enfermedades?

- a. Después de ir al baño
- b. Después de limpiar a un niño/cambiar pañal
- c. Antes de preparar/manipular alimentos
- d. Antes de alimentar a un niño/alimentarse
- e. Después de manipular alimentos crudos
- f. Después de manipular basura o desechos
- g. Otro

h. No sabe

PRÁCTICAS

P1. Técnica de lavado de manos

¿Me puede decir paso a paso de qué manera se lava las manos?

- a. Lava las manos en una cubeta con agua que se comparte con otros
- b. Con agua corriente
- c. Con alguien vaciando en las manos de otros
- d. Lava las manos con jabón
- e. No sabe/No responde

V. AGUA Y SANEAMIENTO

CREENCIA

C1. Tratamiento de agua potable

Cuando el agua no es segura ¿Qué cree usted que se debe hacer?

- a. Hervir
- b. Agregar desinfectante (cloro)
- c. Usa un filtro de agua
- d. La desinfección solar
- e. Se deja reposar y tapar
- f. Tirarla y obtener agua de una fuente segura
- g. Otro
- h. No sabe/No contesta

PRÁCTICA

P1. Principal fuente de agua para beber, cocinar y lavarse las manos

¿Cuál es la principal fuente de agua utilizada por su familia para beber, cocinar y lavarse las manos?

- a. Agua de la tubería
- b. Grifo público
- c. Pozo
- d. Almacenada en tanque (protegido)
- e. Almacenada en tanque (No protegido)
- f. Agua recolectada de lluvia
- g. Agua embotellada
- h. Otro
- i. No sabe/No contesta

P2. Recolección de agua

¿Recolecta usted agua para uso doméstico?

- a. Si

b. No

¿Sabe cómo tratar los contenedores (tanque) de agua para mantenerlos limpios?

a. Si

b. No

c. No sabe/No contesta

P3. Tratamiento de agua

¿Trata el agua de alguna manera para hacerla más segura para beber?

a. Si

b. No

En caso afirmativo ¿Qué suele hacer para que el agua sea segura para beber?

a. Hervir

b. Agregar desinfectante/Cloro

c. Cuela a través de un paño

d. Usa filtro de agua

e. Desinfección solar

f. Se deja reposar y tapar

g. Otros

h. No sabe/No contesta

P4. Almacenamiento de agua

¿Cómo almacena el agua?

a. Recipiente limpio

b. Recipiente cubierto

c. Recipiente limpio y cubierto

d. Otros

e. No sabe/No contesta

VI. PROYECTOS PRODUCTIVO: HUERTAS COMUNITARIAS/FAMILIARES

1. Información de la vivienda

a. Propia

b. Arrendada

c. Otra

2. Número de habitantes de la vivienda

Niños : H_____ M_____

Adultos : H_____ M_____

Ancianos : H_____ M_____

3. Cuenta con los servicios públicos básico

a. Acueducto

b. Alcantarillado

- c. Alumbrado
- d. Aseo
- e. No cuenta

4. Información económica

- a. ¿Qué opina de las huertas comunitarias/familiares como actividad económica?
- b. ¿Dedica parte de su tiempo a las huertas comunitarias/familiares? _____.
(Sí la respuesta es negativa se termina la entrevista)
- c. ¿A qué se dedicaba antes de dedicarse a las huertas comunitarias/familiares?
- d. ¿De cuánto es su ingreso mensual promedio?
- e. De ese ingreso mensual promedio ¿Cuánto es generado por la agricultura urbana)?
- d. ¿Cuánto gasta actualmente en alimentación?
- e. ¿Cuál es el costo de la producción?

5. Información social

- a. ¿Cuántos miembros de su grupo familiar participan de las actividades de la huerta comunitaria/familiar?

Niños : H_____ M_____

Adultos : H_____ M_____

Ancianos : H_____ M_____

- b. ¿Cómo distribuyen las ganancias y la producción?

_____.

_____.

_____.

- c. ¿Cuál es su percepción sobre las huertas comunitarias/familiares?

_____.

_____.

_____.

6. Huertas comunitarias/familiar

- a. ¿Con qué objetivo cultiva?

- b. ¿Cuál es el destino de la producción?

Consumo familiar _____

Venta barrial _____

Consumo comunitario/familiar _____

Comedores comunitarios _____

c. ¿Qué especies cultiva?

d. ¿Cuál es el volumen de producción?

Semanal _____

Mensual _____

e. ¿Existe comercialización de productos?

Si _____

No _____

f. ¿En qué sitio realiza la comercialización?

g. ¿Qué ha pensado con respecto a la práctica de las huertas comunitarias/familiar?

Desea seguir como está actualmente _____

Busca formas de mejorar o ampliar la escala de sus actividades _____

Desea especializarse más _____

Realizaría un préstamo para mejorar su sistema productivo _____

h. ¿Cómo obtiene las semillas?

i. ¿Cómo obtiene el abono?

j. ¿Qué problema tiene en el espacio productivo?

Agua _____

Tenencia _____

Acceso _____

Sociales _____

Otros _____

¿Cuáles? _____

7. Tecnología utilizada

a. ¿Qué sistema de siembra emplea?

Hidropónicos

Organopónicos

Monocultivo

Rotaciones

Otras

¿Cuál?

b. ¿Cómo realiza el manejo integrado de plagas y que sustancia utiliza?

c. ¿Reincorpora los residuos sólidos y líquidos al proceso productivo?

Si ¿A través de qué técnica?

No

d. ¿Considera usted que la información y la capacitación obtenida le ha servido para mejorar los procesos de cultivo en las huertas comunitarias/familiar?

Si

No ¿Por qué?

e. ¿Por cuáles razones abandonaría el proyecto?

f. ¿Cuál es su fuente de abastecimiento de agua?

8. Salud pública

a. ¿Ha mejorado el consumo de alimentos con la práctica de las huertas comunitarias/familiar?

Si ¿En que ha mejorado?

Número ¿Por qué?

b. ¿Cuál es el producto de la huerta comunitaria/familiar que más consume?

c. ¿Realiza buenas prácticas para el manejo de los productos de la huerta comunitaria/familiar?

Si



No

Anexo H. Operacionalización de variables

Macrovariables	Definición conceptual	Variables	Escala	Indicadores
I. Características socio demográficas	Son el conjunto de características sociales y económicas que están presentes en la población sujeta a estudio, tomando aquellas que puedan ser medibles	Sexo del Familiar y/o cuidador del Niño/a	Nominal	a. Femenino b. Masculino
		Parentesco	Nominal	a. Madre b. Padre c. Abuelo/Abuela d. Otro
		Edad del Familiar y/o cuidador del Niño/a	Continua	_____
		Partos (N°)	Discretas	¿Cuántos hijos tienen? a. 1 hijo b. 2 hijos c. 3 hijos d. + de 3 hijos
			Dicotómica	¿Primer embarazo? a. Si b. No
		Procedencia geográfica	Nominal	Lugar de origen
		Nivel educativo	Dicotómica	¿Ha asistido a la escuela? a. Si b. No
			Discreta	¿Cuál es el nivel máximo de estudios? a. Primaria b. Secundaria c. Técnico/Tecnólogo d. Superior e. Ninguno
			Nominal	

Macrovariables	Definición conceptual	Variables	Escala	Indicadores
				¿Cuál es el último grado?

Macrovariables	Definición conceptual	Variables	Escala	Indicadores
CREENCIAS				
II. Lactancia continua con alimentación complementaria de niños (as) mayores de 6 meses	Se entiende por aquella alimentación cuya duración es superior a seis meses de edad y que se complementa con la oferta de alimentos y líquidos	Lactancia continuada	Nominal	¿Hasta los cuantos meses cree usted que una mujer debe de dar leche materna a su hijo? a. 6 meses o menos b. 6-11 meses c. 12-23 meses d. > 23 meses e. No sabe
			Nominal	¿A qué edad cree usted que los bebés pueden comer otros alimentos a parte de la leche materna? a. A los 6 meses b. Otros c. No se
		Edad de inicio de la alimentación complementaria		¿Por qué cree que es importante darle a su bebé otros alimentos a parte de la leche materna? a. La leche materna por sí sola no es suficiente b. La leche materna no puede

				proporcionar todos los nutrientes necesarios para el crecimiento c. Otros d. No sabe
		Motivos para dar alimentos complementarios a los 6 meses		 <p>a.</p>  <p>b.</p>
		Consistencia de las comidas		¿Por qué eligió esa imagen?
II. Lactancia continua con alimentación complementaria de niños (as) mayores de 6 meses	...	Motivo de la consistencia de la comida	Nominal	<p>Para alimentar a sus hijos muchas madres les dan papilla. ¿Cómo cree usted que se debe hacer para que esos alimentos más nutritivos o mejor para la salud de su bebé?</p> <p>Mediante la adición de:</p> <p>a. Alimentos de origen animal (carne, pollo, pescado, hígado, huevos, etc)</p> <p>b. Leguminosas y frutos secos</p> <p>c. Frutas y</p>

				<p>verduras ricas en vitamina A (zanahoria, ahuyamas, mango, papaya, etc)</p> <p>d. Alimentos muy energéticos: aceite, mantequilla, margarina</p> <p>e. Otros</p> <p>f. No sabe</p>
		Diversidad de la dieta + manera de enriquecer la papilla		<p>¿De qué manera cree usted que se puede motivar a los niños a comer?</p> <p>a. Brindarles atención durante sus comidas</p> <p>b. Hablar con ellos</p> <p>c. Hacer que los tiempos de las comidas sea momentos felices</p> <p>d. Aplaudir</p> <p>e. Hacer muecas/jugar/reír</p> <p>f. Demostrar/enseñar como comer abriendo la boca muy grande</p> <p>g. Decir palabras alentadoras</p> <p>h. Llamar la atención del niño</p> <p>i. Otros</p> <p>j. No sabe</p>

Macrovariables	Definición conceptual	Variables	Escala	Indicadores
CREENCIAS				
II. Lactancia continua con alimentación complementaria de niños (as) mayores de 6 meses		Alimentar motivando	Nominal	¿De qué manera cree usted que se puede motivar a los niños a comer? a. Brindarles atención durante sus comidas b. Hablar con ellos c. Hacer que los tiempos de las comidas sea momentos felices d. Aplaudir e. Hacer muecas/jugar/reír f. Demostrar/enseñar como comer abriendo la boca muy grande g. Decir palabras alentadoras h. Llamar la atención del niño i. Otros j. No sabe

Macrovariables	Definición conceptual	Variables	Escala	Indicadores
PRÁCTICAS				
II. Lactancia continua con alimentación complementaria de niños (as) mayores de 6 meses	...	Lactancia materna continuada	Nominal	¿El bebé tomó pecho o leche materna ayer o durante el día o la noche? a. Si b. No c. No sabe/No contesta

Macrovariables	Definición conceptual	Variables	Escala	Indicadores
PRÁCTICAS				
		Diversidad alimentaria	Dicotómica	<p>Grupo 1: Granos, raíces y tubérculos</p> <p>Grupo 2: Leguminosas y nueces</p> <p>Grupo 3. Productos lácteos</p> <p>Grupo 4. Carnes</p> <p>Grupo 5. Huevos</p> <p>Grupo 6. Frutas y verduras ricas en vitamina A</p> <p>Grupo 7. Otras frutas y verduras</p> <p>Grupo 8. Otros alimentos</p> <p>a. Si b. No</p>
		Frecuencia de comidas		<p>¿Cuántas veces el bebé comió las comidas y meriendas que no sean líquidas, ayer durante el día o la noche?</p> <p>a. Número de veces: ____</p> <p>b. No sabe/No contesta</p> <p>(OMS recomienda 4</p>

Macrovariables	Definición conceptual	Variables	Escala	Indicadores
PRÁCTICAS				
				<i>veces para la frecuencia mínima de comidas a los niños mayores de 6 meses)</i>

Macrovariables	Definición conceptual	Variables	Escala	Indicadores
		Introducción de líquidos	Nominal	Agua pura Fórmula infantil Leche (leche enlatada, animal, en polvo o fresco) Jugos o bebidas de jugo Calco claro Yogurt Papilla Cualquier otro líquido a. Si b. No c. No sabe/No contesta

Macrovariables	Definición conceptual	Variables	Escala	Indicadores
CREENCIAS				
III. Inocuidad de los alimentos	Es el conjunto de condiciones y medidas necesarias durante la producción, almacenamiento, distribución y preparación de	Separación de alimentos crudos y cocidos	Nominal	¿Por qué cree usted que se debe evitar el contacto de los alimentos crudos con los alimentos cocidos o listos para comer? a. Los alimentos

Macrovariables	Definición conceptual	Variables	Escala	Indicadores
	alimentos para asegurar que una vez ingeridos, no representan un riesgo para la salud			crudos contienen gérmenes y se pueden transmitir a los alimentos cocidos o listos para comer b. Otro c. No contesta/No sabe
		Cocción completa		¿Cuándo prepara los alimentos, cómo sabe que ya está cocido y listo para servirse? a. Cuando ha hervido al menos 1 minuto b. Otro c. No sabe/No contesta
		Conservación de alimentos perecederos		¿Sabe usted que alimentos deben mantenerse en un lugar frío o refrigerado? a. Carne b. Vísceras c. Aves d. Pescados e. Mariscos f. Productos lácteos g. Alimentos cocidos h. Otro i. No sabe/No contesta
		Manejo de sobras de alimentos		¿Por qué cree usted que se debe evitar que las sobras de alimentos se

Macrovariables	Definición conceptual	Variables	Escala	Indicadores
				mantengan a temperatura ambiente por más de dos horas? a. Porque los gérmenes se multiplican y pueden causar enfermedades b. La comida ya no es segura o comestible c. La temperatura hace que la cantidad de gérmenes crezca d. Otro e. No sabe/No responde
		Lavado de verduras y frutas	Nominal	¿Qué cree usted que se debe realizar antes de consumir las verduras y frutas crudas? a. Lavarlas con agua limpia b. Otro c. No sabe/No responde
PRÁCTICAS				
III. Inocuidad de los alimentos	...	Limpieza de superficies , trastes y utensilios de cocina	Nominal	¿Puede usted describir la manera en que comúnmente los limpia? a. Tira los restos de comida en la basura b. Lava las superficies con

Macrovariables	Definición conceptual	Variables	Escala	Indicadores
				agua caliente c. Lava las superficies con jabón d. No sabe/no contesta
		Conservación de los alimentos perecederos		¿Cómo guarda los alimentos que se echan a perder más rápido como la carne de res, ave, pescado, leche de caja o queso? a. En el refrigerador b. Los cubre c. Los separa de los alimentos cocidos o listos para comer d. Otro e. No sabe/No contesta

Macrovariables	Definición conceptual	Variables	Escala	Indicadores
CREENCIAS				
II. Lactancia continua con alimentación complementaria de niños (as) mayores de 6 meses		Alimentar motivando	Nominal	¿De qué manera cree usted que se puede motivar a los niños a comer? a. Brindarles atención durante sus comidas b. Hablar con ellos c. Hacer que los tiempos de las comidas sea momentos felices d. Aplaudir e. Hacer muecas/jugar/reír f. Demostrar/enseñar como comer abriendo la boca muy grande g. Decir palabras alentadoras h. Llamar la atención del niño i. Otros j. No sabe

Macrovariables	Definición conceptual	Variables	Escala	Indicadores
CREENCIAS				
II. Lactancia continua con alimentación complementaria de niños (as) mayores de 6 meses		Alimentar motivando	Nominal	¿De qué manera cree usted que se puede motivar a los niños a comer? a. Brindarles atención durante sus comidas b. Hablar con ellos c. Hacer que los tiempos de las comidas sea momentos felices d. Aplaudir

Macrovariables	Definición conceptual	Variables	Escala	Indicadores
CREENCIAS				
				e. Hacer muecas/jugar/reír f. Demostrar/enseñar como comer abriendo la boca muy grande g. Decir palabras alentadoras h. Llamar la atención del niño i. Otros j. No sabe

Macrovariables	Definición conceptual	Variables	Escala	Indicadores
PRACTICA				
II. Lactancia continua con alimentación complementaria de niños (as) mayores de 6 meses	...	Lactancia materna continuada	Nominal	¿El bebé tomó pecho o leche materna ayer o durante el día o la noche? a. Si b. No c. No sabe/No contesta
		Diversidad alimentaria	Dicotómica	Grupo 1: Granos, raíces y tubérculos Grupo 2: Leguminosas y nueces Grupo 3. Productos lácteos Grupo 4. Carnes Grupo 5. Huevos Grupo 6. Frutas y verduras ricas en vitamina A Grupo 7. Otras frutas y verduras Grupo 8. Otros alimentos a. Si b. No
		Frecuencia de comidas		¿Cuántas veces el bebé comió las comidas y meriendas que no sean líquidas, ayer durante el día o la noche? a. Número de veces: _____ b. No sabe/No contesta (OMS recomienda 4 veces para la frecuencia mínima de comidas a los niños mayores de 6 meses)
		Introducción de líquidos	Nominal	Agua pura Fórmula infantil Leche (leche enlatada,

Macrovariables	Definición conceptual	Variables	Escala	Indicadores
				animal, en polvo o fresco) Jugos o bebidas de jugo Calco claro Yogurt Papilla Cualquier otro líquido a. Si b. No c. No sabe/No contesta

Macrovariables	Definición conceptual	Variables	Escala	Indicadores
CREENCIAS				
III. Inocuidad de los alimentos	Es el conjunto de condiciones y medidas necesarias durante la producción, almacenamiento, distribución y preparación de alimentos para asegurar que una vez ingeridos, no representan un riesgo para la salud	Separación de alimentos crudos y cocidos	Nominal	¿Por qué cree usted que se debe evitar el contacto de los alimentos crudos con los alimentos cocidos o listos para comer? a. Los alimentos crudos contienen gérmenes y se pueden transmitir a los alimentos cocidos o listos para comer b. Otro c. No contesta/No sabe
		Cocción completa		¿Cuándo prepara los alimentos, cómo sabe que ya está cocido y listo para servirse? a. Cuando ha hervido al menos 1 minuto b. Otro c. No sabe/No

Macrovariables	Definición conceptual	Variables	Escala	Indicadores
				contesta
		Conservación de alimentos perecederos		<p>¿Sabe usted que alimentos deben mantenerse en un lugar frío o refrigerado?</p> <p>a. Carne</p> <p>b. Vísceras</p> <p>c. Aves</p> <p>d. Pescados</p> <p>e. Mariscos</p> <p>f. Productos lácteos</p> <p>g. Alimentos cocidos</p> <p>h. Otro</p> <p>i. No sabe/No contesta</p>
		Manejo de sobras de alimentos		<p>¿Por qué cree usted que se debe evitar que las sobras de alimentos se mantengan a temperatura ambiente por más de dos horas?</p> <p>a. Porque los gérmenes se multiplican y pueden causar enfermedades</p> <p>b. La comida ya no es segura o comestible</p> <p>c. La temperatura hace que la cantidad de gérmenes crezca</p>

Macrovariables	Definición conceptual	Variables	Escala	Indicadores
				d. Otro e. No sabe/No responde
		Lavado de verduras y frutas	Nominal	¿Qué cree usted que se debe realizar antes de consumir las verduras y frutas crudas? a. Lavarlas con agua limpia b. Otro c. No sabe/No responde

Macrovariables	Definición conceptual	Variables	Escala	Indicadores
PRÁCTICAS				
III. Inocuidad de los alimentos	...	Limpieza de superficies , trastes y utensilios de cocina	Nominal	¿Puede usted describir la manera en que comúnmente los limpia? a. Tira los restos de comida en la basura b. Lava las superficies con agua caliente c. Lava las superficies con jabón d. No sabe/no contesta
		Conservación de los alimentos perecederos		¿Cómo guarda los alimentos que se echan a perder más rápido como la carne de res, ave, pescado, leche de caja o queso? a. En el refrigerador b. Los cubre c. Los separa de los alimentos cocidos o listos para comer d. Otro e. No sabe/No contesta

Macrovariables	Definición conceptual	Variables	Escala	Indicadores
CREENCIAS				
IV. Higiene Personal	Son los cuidados, prácticas o técnicas utilizados para la conservación de la salud y la prevención de las enfermedades	Prevención de contaminación cruzada con heces	Nominal	¿Cómo cree usted que se debe evitar la contaminación de los alimentos con gérmenes del excremento de animales o humanos? a. Lavarse las manos después de ir al baño y cambiar pañales

Macrovariables	Definición conceptual	Variables	Escala	Indicadores
				b. Eliminar las heces de la casa y sus alrededores (enseñar a los niños a usar el sanitario) c. Lavar y desinfectar los alimentos antes de consumirlos d. Otro e. No sabe
		Momentos claves para lavarse las manos		¿Cuándo cree usted que es necesario lavarse las manos para evitar enfermedades? a. Después de ir al baño b. Después de limpiar a un niño/cambiar pañal c. Antes de preparar/manipular alimentos d. Antes de alimentar a un niño/alimentarse e. Después de manipular alimentos crudos f. Después de manipular basura o desechos g. Otro h. No sabe
Macrovariables	Definición conceptual	Variables	Escala	Indicadores
PRÁCTICAS				
IV. Higiene Personal	...	Técnica de lavado de manos	Nominal	¿Me puede decir paso a paso de qué manera se lava las manos?

Macrovariables	Definición conceptual	Variables	Escala	Indicadores
				a. Lava las manos en una cubeta con agua que se comparte con otros b. Con agua corriente c. Con alguien vaciando en las manos de otros d. Lava las manos con jabón e. No sabe/No responde
CREENCIAS				
V. Agua y saneamiento	El acceso al agua potable y el saneamiento adecuado son los recursos más importantes de la salud pública para prevenir las enfermedades infecciosas y proteger la salud de las personas, además de ser esenciales para el manejo adecuado de los alimentos	Tratamiento de agua potable	Nominal	Cuando el agua no es segura ¿Qué cree usted que se debe hacer? a. Hervir b. Agregar desinfectante (cloro) c. Usa un filtro de agua d. La desinfección solar e. Se deja reposar y tapar f. Tirarla y obtener agua de una fuente segura g. Otro h. No sabe/No contesta

Macrovariables	Definición conceptual	Variables	Escala	Indicadores
PRÁCTICA				
V. Agua y saneamiento	...	Principal fuente de	Nominal	¿Cuál es la principal fuente de agua utilizada

Macrovariables	Definición conceptual	Variables	Escala	Indicadores
		agua para beber, cocinar y lavarse las manos		<p>por su familia para beber, cocinar y lavarse las manos?</p> <p>a. Agua de la tubería</p> <p>b. Grifo público</p> <p>c. Pozo</p> <p>d. Almacenada en tanque (protegido)</p> <p>e. Almacenada en tanque (No protegido)</p> <p>f. Agua recolectada de lluvia</p> <p>g. Agua embotellada</p> <p>h. Otro</p> <p>i. No sabe/No contesta</p>
		Recolección de agua	Dicotómica	<p>¿Recolecta usted agua para uso doméstico?</p> <p>a. Si</p> <p>b. No</p>
			Nominal	<p>¿Sabe cómo tratar los contenedores (tanque) de agua para mantenerlos limpios?</p> <p>a. Si</p> <p>b. No</p> <p>c. No sabe/No contesta</p>

Macrovariables	Definición conceptual	Variables	Escala	Indicadores
V. Agua y saneamiento	...	Tratamiento de agua	Dicotómica	<p>¿Trata el agua de alguna manera para hacerla más segura para beber?</p> <p>a. Si</p> <p>b. No</p>
			Nominal	<p>En caso afirmativo ¿Qué suele hacer para que el agua sea segura para beber?</p> <p>a. Hervir</p> <p>b. Agregar desinfectante/Cloro</p> <p>c. Cuela a través de un</p>

Macrovariables	Definición conceptual	Variables	Escala	Indicadores
				pañó d. Usa filtro de agua e. Desinfección solar f. Se deja reposar y tapar g. Otros h. No sabe/No contesta
		Almacenamiento de agua		¿Cómo almacena el agua? a. Recipiente limpio b. Recipiente cubierto c. Recipiente limpio y cubierto d. Otros e. No sabe/No contesta

Macrovariables	Definición conceptual	Variables	Escala	Indicadores
PROYECTOS PRODUCTIVOS: HUERTAS COMUNITARIAS-FAMILIARES	Es un terreno pequeño donde se cultivan hortalizas para consumo de la comunidad y usualmente funciona en terrenos disponibles dentro de la comunidad.	Información de la vivienda	Nominal	a. Propia b. Arrendada c. Otra
		Número de habitantes de la vivienda		Niños : H –M Adultos : H -M Ancianos: H-M
		Cuenta con los servicios públicos básicos		a. Acueducto b. Alcantarillado c. Alumbrado d. Aseo e. No cuenta
		Información económica	Abierta	a. ¿Qué opina de las huertas comunitarias/familiares como actividad económica? b. ¿De cuánto es su ingreso mensual promedio? (Sí la respuesta es negativa se termina la entrevista)

				c. ¿A qué se dedicaba antes de dedicarse a las huertas comunitarias/familiares?
				d. ¿De cuánto es su ingreso mensual promedio?
				e. ¿Cuánto gasta actualmente en alimentación?
				f. ¿Cuál es el costo de la producción?
		Información social	Nominal	a. ¿Cuántos miembros de su grupo familiar participan de las actividades de la huerta comunitaria/familiar? Niños: H-M Adultos : H-M Ancianos: H-M
			Abierta	b. ¿Cómo distribuyen las ganancias y la producción?
				c. ¿Cuál es su percepción sobre las huertas comunitarias/familiares?
		Huertas comunitarias - familiares	Nominal	a. ¿Con qué objetivo cultiva?
				b. ¿Cuál es el destino de la producción? Consumo familiar Venta barrial Consumo comunitario/familiar Comedores comunitarios

PROYECTOS PRODUCTIVOS: HUERTAS COMUNITARIAS-FAMILIARES	...	Huertas comunitarias - familiares	Abierta	c. ¿Qué especies cultiva?
			Nominal	d. ¿Cuál es el volumen de producción? Semanal Mensual
			Dicotómica	e. ¿Existe comercialización de productos? Si No
			Abierta	f. ¿En qué sitio realiza la comercialización?
			Nominal	g. ¿Qué ha pensado con respecto a la práctica de las huertas comunitarias/familiar? * Desea seguir como está actualmente * Busca formas de mejorar o ampliar la escala de sus actividades * Desea especializarse más * Realizaría un préstamo para mejorar su sistema productivo
			Abierta	h. ¿Cómo obtiene las semillas?
				i. ¿Cómo obtiene el abono?

		Tecnología utilizada	Nominal	j. ¿Qué problema tiene en el espacio productivo? * Agua * Tenencia * Acceso * Sociales * Otros ¿Cuáles?
			Nominal	a. ¿Qué sistema de siembra emplea? * Hidropónicos * Organopónicos * Monocultivo * Rotaciones * Otras ¿Cuál?
			Abierta	c. ¿Cómo realiza el manejo integrado de plagas y que sustancia utiliza?
			Dicotómica	d. ¿Reincorpora los residuos sólidos y líquidos al proceso productivo? * Si ¿A través de qué técnica? * No
			Dicotómica	e. ¿Considera usted que la información y la capacitación obtenida le ha servido para mejorar los procesos de cultivo en las huertas comunitarias/familiar? * Si * No ¿Por qué?
PROYECTOS PRODUCTIVOS: HUERTAS	...	Tecnología utilizada	Abierta	f. ¿Por cuáles razones abandonaría el proyecto?

COMUNITARIAS-FAMILIARES			Abierta	g. ¿Cuál es su fuente de abastecimiento de agua?
			Dicotómica	a. ¿Ha mejorado el consumo de alimentos con la práctica de las huertas comunitarias/familiar? * Si ¿En que ha mejorado? * No ¿Por qué?
			Abierta	b. ¿Cuál es el producto de la huerta comunitaria/familiar que más consume?
			Dicotómica	c. ¿Realiza buenas prácticas para el manejo de los productos de la huerta comunitaria/familiar? Si. No

Anexo I. Glosario (36)

ACCESO ALIMENTARIO: Es la posibilidad de todas las personas de alcanzar una alimentación adecuada y sostenible. Se refiere a los alimentos que puede obtener o comprar una familia, una comunidad o un país. Sus determinantes básicos son el nivel de ingresos, la condición de vulnerabilidad, las condiciones socio-geográficas, la distribución de ingresos y activos (monetarios y no monetarios) y los precios de los alimentos.

ACCESO ADECUADO A FUENTE DE AGUA: Término de la Dimensión de Habitabilidad de la estrategia Unidos de Prosperidad Social que define la manera en como los miembros de un hogar obtienen el agua para el consumo y preparación de los alimentos. (Fuente: Definición de los enlaces de habitabilidad del Grupo de Oferta Pública)

COMUNIDAD: Unidad comprendida como el colectivo o conjunto de personas que comparten un espacio territorial específico, con intereses comunes o que hacen parte de un grupo poblacional con rasgos similares como la historia, un sistema de valores o creencias, características socio-culturales, identitarias entre otros.

DESARROLLO ECONÓMICO: Relacionado con la capacidad de generar excedentes que permitan asegurar el bienestar de las personas.

DESARROLLO HUMANO: Capacidades referidas a máximos niveles de igualdad y libertad que produzca bienestar a partir de la oportunidad de escoger entre distintas opciones de desarrollo. Funcionamientos referidos a aquellas herramientas con las que

cuenta el individuo y que conciben su capacidad. Para efectos del proyecto, los funcionamientos serán aquellas habilidades transversales que permiten generar bienestar a partir de las oportunidades que se producen una vez son formados.

FAMILIA: Grupo de personas del hogar que tiene cierto grado de parentesco por sangre, adopción o matrimonio, limitado por lo general al cabeza de familia, su esposa y los hijos que conviven con ellos. Familia también puede ser cualquier vínculo de personas que generen el desarrollo social y físico de un menor (T-049 de 1999).

FORTALECIMIENTO COMUNITARIO: Proceso en el cual se contribuye a lograr condiciones suficientes y necesarias para que una comunidad tenga éxito en el logro de sus objetivos y metas, así como en el cumplimiento de sus compromisos, a fin de asegurar su continuidad y la proyección de perspectivas para su crecimiento y desarrollo.

FORTALECIMIENTO SOCIAL: El fortalecimiento social es un proceso motivacional que contribuye a la generación de espacios de encuentro, diálogo, formación, capacitación y confianza, orientados a generar en las personas, las comunidades y los responsables de las instituciones, conocimientos y habilidades sociales y comunitarias.

HOGAR: Persona o grupo de personas, parientes o no, que ocupan la totalidad o parte de una vivienda; atienden necesidades básicas con cargo a un presupuesto común y generalmente comparten las comidas. También constituyen un hogar las personas que se asocian para vivir bajo el mismo techo, aunque no compartan las comidas. En una vivienda pueden encontrarse varios hogares si existen grupos de

personas que viven en una parte de la vivienda y preparan sus comidas por separado. También pueden estar constituidos por personas no parientes, como tres (3) amigos que se asocian para compartir el lugar de alojamiento. Los empleados del servicio doméstico y sus familiares, los trabajadores y sus familiares forman parte del hogar siempre y cuando duerman en la misma vivienda donde trabajan.

MADRES Y PADRES LÍDERES: Es una figura que encabeza procesos de participación social y concertación institucional con las madres y padres de su entorno. Es elegida entre las madres y padres titulares y por ellos mismos para liderar acciones que conduzcan al fortalecimiento de su comunidad, al desarrollo de sus familias y apoyar la buena marcha del programa.

SANEAMIENTO BÁSICO: Medio de disposición de los residuos generados en una vivienda resultantes de las actividades fisiológicas de las personas, así como los residuos líquidos generados en actividades de lavado.

SEGURIDAD ALIMENTARIA: Es la disponibilidad suficiente y estable de alimentos, el acceso y el consumo oportuno y permanente de los mismos en cantidad, calidad e inocuidad por parte de todas las personas, bajo condiciones que permitan su adecuada utilización biológica, para llevar una vida saludable y activa.

VIVIENDA: Unidad habitacional utilizada por uno o más hogares, que sirve de cobijo abrigo y factor de protección frente al medio y al clima.